NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse
Journal de médecine et de chirurgie pratiques.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de chirurgie de M. Malgaigne.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.

53350

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

NOVEMBRE 1847. — 8me Série. — T. XI.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1847.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la méd. belge. p. 122—143.
Bulletin de l'Académie royale de médecine belge. 144—166.
Mélanges. 167.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉT., PHARMAC. ET TOXIC.

Hygiène. 1.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Path. interne. 2—7. *Revue* 20, 21, 22, 23, 39.
Thérapeut. 8—11. *Revue* 24, 25, 35, 36, 38, 40.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchements. 12. *Revue* 26, 27, 28, 29.
Maladies des femmes. 13—14.

VI. CHIRURG., ORTHOPÉD. ET OPHTHALMOL.

Médecine opératoire. 15, 16. *Revue* 30, 31, 32, 33, 34, 37, 41.

IX. Maladies syphilitiques. 17, 18.

XII. Généralités. 19.

Sociétés savantes, pag. 201, 235.

Bulletin Bibliographique. 42.

Mélanges. 43, 44, 45, 46, 47.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(NOVEMBRE 1847.)

INAUGURATION DE LA STATUE DE VÉSALE.

C'est au milieu de la place des Barricades, naguère point extrême et désert de la ville, devenu maintenant, par la création de la rue Royale extérieure, le centre d'un quartier riche et populeux, que la statue a été érigée.

La cérémonie, qui a eu lieu le 31 décembre avait réuni toutes les personnes considérables dans les sciences, spécialement dans les sciences médicales.

A 11 heures, MM. V. Uytterhoeven, président du comité central pour l'érection du monument, J. de Biefve, secrétaire, E. Lequime, trésorier, A. Uytterhoeven, A. Trumper, Langlet, Verstraeten, Chantrain, Martin, Sélade, Pigeolet, Bougard, V. Pasquier, Dam, Van Tilborgh et Leroy, membres du même comité, ont pris place à la tribune qui avait été élevée vis-à-vis de la statue; avec eux se trouvaient MM. le comte Amédée de Beaufort, Suys, E. de Biefve, Van Eycken et H. Goffart, architecte du piédestal, tous cinq membres de la commission artistique; puis les personnes déléguées par les corps constitués qui ont pris part à la souscription, savoir : MM. Stevens et Vanderbelen par le gouvernement, les conseillers de Doncker et Vanderlinden par la ville; les conseillers Defacqz et Verhaegen jeune par la province, M. le président Vieminckx et M. Sauveur par l'Académie royale de médecine; MM. Quetelet, baron de Stassart, Cornelissen et Roulez, par l'Académie royale des belles-lettres. Ces deux Académies étaient en outre représentées par MM. le baron de Seutin, Delavacherie, Lebeau, Tallois, Lombard, Sommé, Gluge, Braemt, Guillaume Geefs, Jehotte, Baron, Calamatta, Ed. Fétis, le baron de Reiffenberg, etc. Nous devons également mentionner parmi les personnes présentes le statuaire M. Joseph Geefs, le fondeur M. Trossart-Roelandts, et M. Nothomb, ministre plénipotentiaire à Berlin, qui a contresigné

comme ministre de l'intérieur l'arrêté royal relatif à l'exécution de cette statue.

Les maisons de la place étaient pavoisées aux couleurs nationales. Tout autour s'élevaient des bannières aux armes de la ville et des provinces. Deux compagnies du régiment d'élite et le corps des sapeurs-pompiers faisaient le service d'honneur. Malgré la rigueur du froid, une foule nombreuse se pressait sur la place et à ses abords ; néanmoins l'ordre le plus parfait n'a pas cessé de régner un instant.

A onze heures et quelques minutes est arrivée l'administration de la ville. Elle était représentée par MM. le chevalier Wyns de Raucourt, bourgmestre ; les échevins Verhulst, Doucet et Fontainas ; Waefelear, secrétaire ; Michiels, Blaes et Boëtz d'Hamer, conseillers communaux.

Peu d'instants après, l'air national, exécuté par la musique du régiment d'élite, a annoncé la venue de M. Charles Rogier, ministre de l'intérieur.

M. le ministre a été reçu par le collége et par le comité central, dont le président, M. Victor Uytterhoeven, lui a adressé le discours suivant :

« Monsieur le ministre,

« Ce sera une des gloires de notre siècle d'avoir su se passionner pour toutes les gloires, d'avoir prodigué avec bonheur le témoignage de son admiration et de sa reconnaissance à tous les génies, à tous les talents qui ont illustré les siècles passés. Savoir récompenser magnifiquement tous les services rendus à l'humanité ; savoir admirer ce qui a été grand et beau dans tous les temps ; confondre tous les noms, justement célèbres, dans une seule et même admiration ; proclamer l'égalité de gloire là où il y a eu égalité de génie, de courage, de dévouement et de sacrifices, c'est aussi une noble vertu.

« La Belgique tient à se montrer digne de l'indépendance qu'elle a conquise. Elle s'est donné la constitution tout à la fois la plus sage et la plus libérale du monde entier. Elle a pris l'initiative des grands travaux d'utilité publique. Mais elle n'a pas borné là ses efforts. Elle a réclamé ses titres dans le domaine de la politique, de la guerre, de l'industrie, des arts et des sciences : titres méconnus ou égarés dans les archives de l'histoire. Elle a rendu une patrie à tous les hommes célèbres qu'il lui est permis d'appeler ses enfants.

« En l'honneur de ces hommes, des statues monumentales ont été élevées à Liége, à Anvers, à Bruges et à Bruxelles. Soldats, citoyens, magistrats, artistes, savants, la patrie n'a pas distingué entre ses enfants. Elle décerne les mêmes honneurs à toutes les vertus, à tous les dévouements : à celui-ci, parce qu'il a joué sa vie sur un champ de bataille, à celui-là, parce qu'il se sera exposé cent fois à la mort pour

secourir l'humanité au milieu de ses plus tristes et de ses plus horribles misères ; à celui-là encore, parce qu'il a bravé la persécution et l'ignorance acharnées à sa perte. C'est parmi ces derniers, c'est au nombre de ces bienfaiteurs de l'humanité, dont les mémorables travaux témoignent du dévouement le plus sublime, qu'a pris rang celui dont nous honorons aujourd'hui la mémoire, André Vésale, une des plus hautes intelligences du XVIe siècle.

« Mû par le seul désir d'être utile, il s'exposa à des dangers de toute nature. Pour étudier, pour enseigner l'anatomie, il brava cette ombrageuse intolérance qui armait contre lui des préjugés soutenus par un sentiment profondément enraciné dans nos cœurs : le respect pour les restes de l'homme après la mort.

« En dépit de l'envie et de tous les efforts d'un ignorant despotisme, ce fut le scalpel à la main qu'il détruisit, une à une, les erreurs séculaires de Galien et de ses adhérents.

« Non-seulement il répandit les lumières de la science dans sa patrie, mais il les versa à flots sur l'Allemagne, la France, l'Italie et l'Espagne. Il est le créateur de l'anatomie. C'est lui qui le premier l'a enseignée, l'a popularisée. Quel homme fut plus digne des hommages de la postérité? Et cependant le monde savant avait seul su apprécier cette âme d'élite.

« C'est à un médecin de Bruxelles qu'était réservé l'honneur de rendre populaire le nom de Vésale.

« Le docteur *Maes*, qu'une mort trop prompte a enlevé à ses amis, à ses travaux, et qui méritait, à tant de titres, de partager les nobles émotions que réveille cette fête nationale, proposa, au mois d'avril 1840, à ses collègues et à la commission médicale, d'élever une statue en bronze à la mémoire de l'illustre anatomiste.

« Les vives sympathies qu'éveilla cette proposition assurèrent la réalisation d'une pensée si honorable.

« La commission médicale se forma en comité central directeur. Un comité artistique se réunit sous la présidence de M. le comte Amédée de Beaufort pour diriger les travaux spéciaux du monument.

« Joseph Geefs, sculpteur distingué, fut appelé à représenter les traits de Vésale, et Trossart-Roelandts, notre habile fondeur, fut chargé de couler la statue.

« L'architecte Goffart, un des membres du comité, et dont nous nous plaisons à signaler le désintéressement, fit gratuitement le plan du piédestal et en dirigea la construction.

« Des listes de souscription, répandues dans tout le pays, se couvrirent des signatures des membres des Académies, des Sociétés savantes, des médecins et d'une foule de personnes appartenant à toutes les classes de la société.

« Bruxelles, la province du Brabant, le gouvernement, et le roi lui-même s'empressèrent à contribuer par de nombreux subsides à l'achèvement d'une œuvre si impatiemment attendue par tous les cœurs généreux.

« Qu'il me soit permis, au nom de la commission médicale de Bruxelles, heureuse de voir ses efforts couronnés d'un si beau succès, d'exprimer notre reconnaissance pour les marques de confiance générale dont nous avons reçu des preuves si multipliées.

« Qu'il me soit permis, au nom de mes confrères et de mes collègues, de remercier MM. les ministres et MM. les administrateurs pour le concours zélé qu'ils se sont empressés de nous offrir.

« Que des expressions de toute notre gratitude soient adressées à l'Académie de médecine, pour son puissant et bienveillant patronage, à l'Académie des sciences et des lettres, pour son cordial et généreux appui.

« Honneur à vous tous qui avez compris la valeur de la reconnaissance publique !

« La Belgique régénérée, sous le gouvernement d'un roi patriote, d'un roi ami et protecteur éclairé des sciences et des arts, donne aujourd'hui un témoignage solennel de ses sentiments.

« Puisse-t-il être un nouvel encouragement pour tous ceux qui consacrent leurs travaux et leurs veilles au bien-être de leurs concitoyens!

Puisse un jour la postérité trouver parmi vous, messieurs, *l'homme éminent dont la statue pourra servir de glorieux pendant à la statue d'André Vésale!* »

M. Vleminckx, président de l'Académie royale de médecine, a pris ensuite la parole et s'est exprimé en ces termes :

« Messieurs,

« Il y a trois cent trente-trois ans qu'à pareil jour naquit en ces murs l'homme illustre dont les traits, reproduits par un artiste habile, vont bientôt apparaître à vos yeux. Quelque nobles que fussent ses ayeux, quelque gloire qu'ils eussent acquise, leur nom se fût indubitablement perdu dans la nuit des temps, si le dernier de leurs descendants n'eût pris à tâche de l'immortaliser.

« Vous dire ce qui doit le rendre impérissable, messieurs, c'est vous exposer les titres d'André Vésale aux hommages des ses compatriotes, et ses droits à la reconnaissance du monde.

« Depuis les Ptolémées, l'organisme de l'homme avait, pour ainsi dire, cessé d'être soumis à des recherches directes ; les lois, les préjugés sociaux, l'autorité même des papes avaient condamné les dissections de cadavre, et forcé d'étudier la structure de l'homme sur celle des brutes ; l'œuvre de Galien, qui avait coordonné et réuni les notions acquises avant lui sur cette structure, était considérée, malgré ses imperfections nombreuses, comme le palladium de la science, et devenue l'objet d'une culte presque divin. André Vésale paraît, et du premier coup il renverse l'idole qu'environnaient quatorze siècles de respect et de vénération ; il abat le colosse puissant que le temps semblait avoir mis à l'abri de ses ravages et de la destruction.

« C'est à l'âge de 28 ans qu'il fait paraître son *Traité sur la structure du corps de l'homme*, ce monument d'une intelligence presque

surhumaine et d'une admirable persévérance ; œuvre sublime qui fit due à Senac que son auteur venait de découvrir un nouveau monde; qui arracha à Richerand ce savant témoignage : « Avant Vésale, l'anatomie humaine méritait à peine le nom de science, et c'est à bon droit qu'il en est regardé comme le créateur ; qui inspira à Portal ce magnifique éloge : « Ce génie, dont aucun ami de la science anatomique ne peut prononcer le nom sans éprouver un sentiment de vénération profonde.... Vésale me paraît un des plus grands hommes qui aient jamais existé. »

« Vous, messieurs, qui connaissez l'histoire de notre art, vous savez quelle influence exercèrent sur ses destinées les travaux d'André Vésale ; quel vaste champ ils ouvrirent aux conquêtes de l'intelligence. Si Harvey, en démontrant, un siècle plus tard, la circulation du sang, changea complétement la face de la médecine, vous savez quelle grande part doit en être rapportée à notre célèbre compatriote, qui, par sa belle description du cœur et du mécanisme de ses valvules, avait tracé au physiologiste anglais la voie qu'il devait suivre pour attacher son nom à l'une des plus admirables découvertes qui puissent honorer l'esprit humain.

« Vous ferai-je maintenant le récit de la vie de Vésale ? Vous dirai-je ses travaux si pénibles, ses chagrins si cuisants, ses luttes si vives, ses triomphes si éclatants, sa fin si triste et si misérable ? Mais cette vie, si peu connue naguère parmi ses compatriotes, lorsque, faible et asservie, la Belgique subissait le joug des dominations étrangères, est devenue presque populaire aujourd'hui. C'est là, en effet, un des fruits de l'indépendance, d'attacher plus vivement aux hommes qui honorèrent la patrie, de les faire sortir de l'obscurité où le découragement et l'indifférence les avaient plongés; d'exciter à éterniser leurs noms, en leur consacrant des honneurs qui attestent tout à la fois et l'éclat de leurs services et la reconnaissance de leurs descendants.

« Vous qui m'écoutez, mes compagnons d'études, dites si le nom de Vésale retentit bien fréquemment à nos oreilles, lorsque nous étions assis sur les bancs universitaires ; si nos écoles rappelaient par un souvenir quelconque et sa vieille gloire et son profond savoir ; si ses traits, si soigneusement conservés en France, en Espagne, en Italie, partout où il laissa des traces de son passage et de son génie, étaient livrés à notre respect et à notre vénération.

« La face des choses est bien changée depuis : l'indépendance a ranimé le culte de nos vieilles renommées ; la chaîne des temps est renouée ; la Belgique nouvelle revendique avec orgueil ses illustrations de tous les âges, témoins irrécusables de sa grandeur dans le passé, gages non moins assurés de son avenir et de sa durée.

« Mais qu'il me soit permis de le dire en cette solennité : si profondes que soient les racines qu'a jetées le sentiment de la nationalité, il faut, pour qu'il s'entretienne et s'affermisse, rendre plus vivaces les sources où il puise ses principaux moyens d'incitation.

« Entourée, comme elle l'est, de voisins dont le génie le dispute à la

puissance, la Belgique ne saurait espérer de conserver sa position au milieu d'eux, qu'au prix de grands et incessants efforts pour accroître sa valeur intellectuelle, pour occuper dans l'estime du monde la place que nos ancêtres avaient su lui conquérir.

Qu'à côté ou plutôt qu'au-dessus de nos universités, plus fortement constituées, vienne donc se placer sans retard une institution centrale dont l'enseignement inspire aux hommes qu'elles ont formés le goût des hautes études; où la pensée s'élève, l'imagination s'excite, le génie se développe ; où la science, en un mot, soit cultivée pour l'amour d'elle sans entraves comme sans préoccupation, et l'Europe attentive, en nous voyant honorer un passé qui ne fut pas sans gloire et préparer un avenir plein de sève et de vie, reconnaîtra une fois de plus notre ferme résolution de faire jouir nos descendants du bienfait de l'indépendance et de la nationalité. »

Ces deux discours ont été accueillis par des applaudissements.

Alors, à un signal donné, le voile qui couvrait la statue a été enlevé. Des applaudissements, partis de tous les points de la place, ont salué l'effigie du grand homme, rendue avec une si noble simplicité par Joseph Geefs. Cet artiste a reçu les félicitations justement méritées de M. le ministre de l'intérieur, et de tous les amateurs des arts qui assistaient à la cérémonie.

Sur la face principale du monument on lit :

Andrææ Væsalio, scientiæ, anatomicæ, parenti. — Natus Bruxellis, 31 *dec.* 1514. *Naufragus in Zacyntho. Obiit* 30 *oct. anno* 1564.

Sur la face opposée :

Auspiciis Leopoldi primi, Belgarum regis, et publico nec non provinciæ et municipii ærariis deprompta in sumptum pecuniâ ut et ex privat. univ. medic. Belg. ordin. collatione, erectum monumentum et dicatum 31 *dec.* 1847.

On a renfermé ensuite dans un coffret en plomb les monnaies du royaume, des tablettes d'étain où sont inscrits le procès-verbal de l'inauguration et l'historique du monument, puis, enfin, trois exemplaires de la médaille commémorative exécutée par M. Wiener et offerts par cet artiste au comité. Cette médaille représente, d'un côté, la statue de Vésale et sur le revers porte l'inscription suivante : Sous le règne de Leopold Ier, roi des Belges, le gouvernement, la province de Brabant, la ville de Bruxelles et le corps médical belge.

Ce coffret en plomb ayant été déposé et scellé sous le piédestal, M. Victor Uytterhoeven, président du comité, a dit :

« Monsieur le bourgmestre,

« La mission du comité central, que j'ai eu l'honneur de présider,

est terminée. En son nom, je remets à la ville de Bruxelles, en votre personne, le monument de Vésale. »

M. le bourgmestre a répondu :

« M. le président, MM. les membres du comité-directeur, des éloges mérités, des félicitations vous sont dus.

« Vous avez rempli avec bonheur la mission qui vous a été confiée.

« Par une direction intelligente, vous avez mené à bonne fin l'érection du monument que nous inaugurons, et qui désormais fera briller aux yeux de tous une gloire de la Belgique, une illustration bruxelloise.

« La conception de ce projet révélait un esprit de nationalité et de noble patriotisme ; à ces titres, le concours du gouvernement, de la province, de la commune lui était assuré.

« L'indépendance de la Belgique est récente, mais le peuple belge date de loin ; et ses fastes, que nous pouvons invoquer avec un noble orgueil, démontrent quel contingent d'illustrations il présente en grands artistes, hommes d'Etat et de science, et grands capitaines.

« Et ces princes, choisis par leurs rivaux en vaillance et en gloire pour ceindre le bandeau royal et porter le diadème de l'empire, ces princes n'étaient-ils pas Belges ?

« La Belgique, admise au rang des Etats politiques de l'Europe, s'y présente avec le double titre de l'ancienneté et de l'illustration de la race belge.

« Puisse notre beau pays jouir longtemps des institutions libérales qu'elle s'est données, et ne nous dissimulons pas que le maintien de son indépendance se lie à celui de ses institutions !

« Nous prenons acte de la remise qui vient de nous être faite ; nous l'acceptons au nom de la ville, prenant l'engagement de supporter les conséquences de cette remise de propriété. Nous remercions MM. les membres du comité central et de la commission artistique des soins qu'ils ont donnés à l'érection de ce monument. Nous sommes les interprètes de l'administration communale et de tous nos concitoyens en leur exprimant, au nom de la ville, toute notre reconnaissance.

« *Vive la Belgique ! vive son indépendance ! vive le Roi !* »

Le cri de *vive le Roi !* a été répété par toutes les personnes présentes.

La cérémonie était terminée à midi.

Nous donnons ici la reproduction du procès-verbal de la cérémonie et de l'historique du monument.

MONUMENT VÉSALE.

PROCÈS-VERBAL DE L'INAUGURATION DE LA STATUE.

A la demande du comité central, représenté par MM. Victor Uytterhoeven, président, Joseph Debiefve, secrétaire, et E. Lequime, trésorier, M. Ch. Rogier, ministre de l'intérieur, a consenti à honorer de sa présence la cérémonie de l'inauguration de la statue du grand anatomiste André Vésale, fixée au 31 décembre 1847, à 11 heures du matin.

Ledit jour, à 10 heures du matin, à l'hôtel du jury d'examen, place des Barricades, à Bruxelles, s'est réuni le comité central auquel se sont joints : 1° les membres de la commission artistique, représentée par M. le comte Amédée de Beaufort, président, officier de l'ordre Léopold, et M. J. Van Eycken, secrétaire, chevalier du même ordre ; 2° les délégués du gouvernement, MM. Ed. Stevens, chevalier de l'ordre Léopold, et E. Vanderbelen ; 3° les délégués du conseil provincial du Brabant, MM. Defacqz, chevalier de l'ordre Léopold, et Verhaegen jeune, chevalier du même ordre ; 4° les délégués de la ville de Bruxelles, MM. E. De Doncker, chevalier de l'ordre Léopold, et Vanderlinden ; 5° les délégués de l'Académie royale de médecine de Belgique, MM. Vleminckx, officier de l'ordre Léopold, et Sauveur, chevalier du même ordre ; 6° les délégués de l'Académie royale des belles-lettres de Belgique, MM. le baron de Stassart, officier de l'ordre Léopold, et A. Quetelet, officier du même ordre.

Ils y ont reçu le collége des bourgmestre et échevins de la ville de Bruxelles, composé de messieurs le chevalier F.-J. Wyns de Raucour, chevalier de l'ordre Léopold, bourgmestre, N.-J. Verhulst, chevalier du même ordre, L.-J. Doucet, chevalier du même ordre, L.-J. Orts père, A.-N. Fontainas, échevins, et G. Waefelaer, chevalier de l'ordre Léopold, secrétaire.

L'arrivée de M. le ministre de l'intérieur ayant été annoncée, le comité central et les députations, accompagnés du collége des bourgmestre et échevins, se sont portés au-devant de M. Ch. Rogier, qu'avait précédé M. Liedts, gouverneur du Brabant.

Le ministre ayant pris place dans la tribune disposée pour la cérémonie, M. V. Uytterhoeven, président du comité central, et M. J.-F. Vleminckx, président de l'Académie royale de médecine, prononcèrent chacun un discours sur la vie de Vésale et les titres qui lui ont valu une si glorieuse renommée et les honneurs qu'on lui décerne en ce jour.

Le voile qui couvrait la statue ayant été enlevé, un coffret en

plomb a été déposé sous le piédestal, en face du boulevard de l'Observatoire.

Dans ce coffret ont été renfermés :

1° Les monnaies du royaume, en argent et en cuivre, au millésime de 1846.

2° Trois exemplaires d'une médaille commémorative exécutée par M. Wiener, graveur, et offerts par lui au comité.

3° Une copie du procès-verbal de la cérémonie, sur des tablettes d'étain, ainsi que l'historique de tout ce qui concerne le monument.

M. le docteur V. Uytterhoeven, s'adressant ensuite à MM. les bourgmestre et échevins de la ville de Bruxelles, leur fait remise, au nom du comité central qu'il préside, de la statue de Vésale.

Le procès-verbal de la cérémonie, revêtu des signatures de M. le ministre de l'intérieur, de M. le gouverneur du Brabant, a été signé par le collége des bourgmestre et échevins de la ville de Bruxelles, les députés des différents corps ou administrations qui ont assisté à la solennité, et clôturé et signé par le comité central, les jour, mois et an que dessus.

Le ministre de l'intérieur,
CH. ROGIER.

Le gouverneur du Brabant,
LIEDTS.

Le collége des bourgmestre et échevins,
Chev. F.-J. WYNS DE RAUCOUR, N.-J. VERHULST, L.-J. DOUCET, L.-J. ORTS père, A.-N. FONTAINAS, G. WAEFELAER, secrétaire.

Les délégués du gouvernement,
ED. STEVENS, E. VANDERBELEN.

Les délégués de la ville,
E. DE DONCKER, VANDERLINDEN.

Les délégués de la province,
DEFACQZ, VERHAEGEN jeune.

Les délégués de l'Académie royale de médecine,
J.-F. VLEMINCKX. D. SAUVEUR.

Les délégués de l'Académie royale des belles-lettres,
A. QUETELET, BARON DE STASSART, CORNELISSEN-ROULEZ.

Les membres de la commission artistique,
Comte A. DE BEAUFORT, SUYS, E. DE BIEFVE. J. VAN EYCKEN. H. GOFFART.

Le sculpteur,
J. GEEFS.

L'architecte du piédestal,
H. GOFFART.

Le fondeur.
TROSSAERT-ROELANDTS.

Les membres du comité central,

Docteur V. Uytterhoeven, président, docteur E. Lequime, trésorier, A. Uytterhoeven, A. Tromper, Langlet, Verstraeten, Chantrain, Martin, Sélade, Pigeolet, Bougard, docteurs médecins, et V. Pasquier, Dam, Van Tilborgh et Leroy, pharmaciens.

Pour copie conforme :

Le secrétaire,

Doct. Debiefve.

HISTORIQUE.

Dans sa séance du mois d'avril 1840, la commission médicale de Bruxelles adopta, avec empressement, la proposition que lui fit un de ses membres, M. le docteur Maes, d'ériger une statue en bronze à la mémoire d'André Vésale, savant anatomiste, né à Bruxelles le 31 décembre 1514, mort à Zante le 15 octobre 1564.

Un comité central directeur fut institué le 18 septembre 1841 ; les fonctions de président furent conférées à M. le docteur V. Uytterhoeven, celles de secrétaire à M. le docteur J. Debiefve, et celles de trésorier à M. le docteur E. Lequime.

Sur la demande du comité, une commission artistique l'éclaira sur les questions d'art relatives au monument : celle-ci choisit M. le comte A. de Beaufort pour son président, et M. J. Van Eycken pour son secrétaire.

L'exécution de la statue fut confiée au ciseau de M. J. Geefs, statuaire à Anvers ; celle du piédestal à M. H. Goffart, architecte à Bruxelles.

Le concours puissant du roi, du gouvernement, de la province de Brabant, de la ville de Bruxelles et de l'Académie royale de médecine de Belgique, fut garanti au comité central ; l'appel fait aux corps savants, aux Sociétés de médecine du royaume, aux médecins, et à tous les amis de nos gloires nationales, fut entendu, et bientôt les témoignages d'une sympathie générale vinrent assurer la réussite de l'œuvre entreprise.

Le modèle de la statue, soumis par le sculpteur à l'examen de la commission artistique, fut approuvé. Le gouvernement, la province et la ville de Bruxelles donnèrent leur adhésion ; le comité central, confirmant ces avis, ordonna la coulée en bronze de la statue. L'opération eut lieu dans les ateliers de M. Trossaert-Roelandts, fondeur à Gand.

La statue, coulée en deux jets, a une hauteur de 4 mètres 25

centimètres ; le bronze est formé de 80/106 de cuivre, 20/106 de zinc et 6/106 d'étain. Elle pèse 3,550 kilogrammes. Le prix est de 27,200 francs.

Le projet de piédestal, soumis par l'architecte au même examen que ci-dessus, a été approuvé : il a été exécuté en pierre bleue de Soignies, et il a une hauteur de 6 mètres ; il a coûté 10,546 fr. 98 cent.

Les inscriptions ont été formulées par l'Académie royale des belles-lettres.

La place des Barricades a été choisie pour y ériger le monument.

Le programme du cérémonial de l'inauguration, fixée au 31 décembre 1847, à onze heures du matin, a été arrêté par le comité central, aidé des délégués des corps ou administrations qui ont contribué le plus puissamment à l'érection du monument.

Les signatures des personnes qui ont figuré dans la cérémonie se trouvent au procès-verbal ci-annexé.

Bruxelles, le 31 décembre 1847.

Pour le comité central :

Le sécrétaire. — Doct. Debiefve.

Le président. — Doct. V. Uytterhoeven.

NOUVELLES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE MODE DE DÉVELOPPEMENT, SUR L'ACTION ET SUR LES PRINCIPES ACTIFS DE L'ERGOT DES GRAMINÉES; EN RÉPONSE AUX QUESTIONS DU PROGRAMME DE M. LE PROFESSEUR JEAN-BAPTISTE MAZZONI.

Essai couronné, au jugement d'une commission spéciale, par le cinquième Congrès scientifique italien, tenu à Lucques ; par LOUIS PAROLA, médecin de Cuneo.

(Traduit de l'italien, par Ant. Raiken, D. M. P., professeur à l'Université de Liége, membre titulaire de l'Académie royale de Belgique, correspondant de celle de Paris, etc.)

(Suite : *voir* le n° d'octobre 1847, p. 74.)

Obs. XXVI. — *Pulmonite droite.* — Un intrépide buveur de vin et de liqueurs, Negro (Laurent), cordonnier, âgé de 43 ans, d'un tempérament bilieux et robuste, d'une taille petite, trapu, qui avait été plusieurs fois atteint de fièvres intermittentes, de maladies vénériennes et de gonorrhées, à la suite d'abus diététiques, après avoir travaillé longtemps dans une chambre froide et humide, fut pris de pulmonite le 9 mai. Il supporta son mal tant qu'il put, craignant d'être soumis à des émissions sanguines, imbu de ce préjugé qu'il est très-dangereux de se faire tirer

du sang quand on a été atteint de syphilis et qu'on a subi un traitement mercuriel. Cette opinion erronée avait agi sur lui de telle manière, que, quelques années auparavant, éprouvant de la fièvre, à peine lui eut-on ouvert la veine qu'il survint tout à coup de graves évanouissements qui rendirent la phlébotomie inutile. Aussi ne fut-ce qu'avec une grande répugnance, lorsqu'il se trouvait déjà dans un état fâcheux, qu'il se fit transporter à notre hôpital, le 12 mai 1843. Comme il prétendait que toute tentative pour lui tirer du sang serait vaine et dangereuse, nous voulûmes d'abord essayer quelque autre moyen, quoiqu'il fût tourmenté d'une douleur sourde au-dessous de la mamelle droite, avec respiration courte, accélérée, à 34, que la toux fût fréquente et qu'il y eût expectoration de crachats visqueux et jaunâtres et décubitus horizontal. La percussion et l'auscultation révélaient un son mat et du râle crépitant à l'endroit correspondant au lobe moyen du poumon droit, et quelques râles bronchiques à gauche. La face était enflammée, les yeux brillants, saillants et un peu injectés; la langue était sale et sèche; le pouls plein, irrité, à 98; la peau sèche et brûlante.

Le 12, 5 gr. de résine le matin; et 6 gr. le soir. Répétition de cette dernière dose le 13 et le 14. Sous l'influence de ce traitement, dans la soirée du 12, le pouls était tombé à 85, la respiration à 30, avec grand amendement des autres symptômes locaux et généraux. Le mieux se soutient si bien, que le 18 le malade était convalescent et n'éprouvait plus qu'une constipation opiniâtre pour laquelle nous lui ordonnâmes l'électuaire lénitif.

Le 23, il sortit de l'hôpital, complétement guéri et satisfait plus que jamais du médecin et du remède.

Phthisie pulmonaire (?). Si dans presque toutes les affections l'art parvient à trouver divers moyens de traitement qui, plus ou moins avantageux, peuvent néanmoins produire beaucoup de guérisons; dans cette maladie si fâcheuse qui attaque l'homme dans la plus belle époque de sa vie, contre laquelle jusqu'à présent échouèrent les médications les plus préconisées, c'est déjà un grand bien de tenter quelque confortatif: *In magnis voluisse satis est.*

Nous entreprenons ici de prouver d'une manière plus évidente les effets bienfaisants de la résine, quoique, dans les séances des Congrès de Turin et de Florence, nous ayons déjà rapporté des exemples remarquables de guérisons dues au seigle ergoté en poudre. L'un de ces sujets a été présenté au Congrès de Florence, dans sa séance du 25 septembre: deux vastes cavernes qu'il portait au poumon étaient cicatrisées.

Obs. XXVII. — Une jeune fille parvenue à peine à sa qua-

torzième année, mais qui avait reçu d'une mère maladive un tempérament lymphatique, une constitution scrofuleuse et un corps mince, petit et décharné, n'était pas encore réglée, et toussait depuis quelque temps, quand, en mars 1843, ayant dû se livrer à des occupations fatigantes et immodérées, tout hors d'haleine et couverte de sueur, elle s'exposa à un courant d'air froid, qui supprima tout à coup la transpiration, occasionna de la congestion à la poitrine, de la toux et de la fièvre.

Pendant au moins 25 jours, elle resta dans le même état, sans recourir à d'autre moyen qu'à deux petites saignées, jusqu'à ce que, émaciée par des sueurs nocturnes, l'expectoration étant devenue copieuse, la face effilée et blême, les joues rouges et injectées par de fréquentes bouffées de chaleur, la diarrhée colliquative, et les glandes sous-axillaires gauches s'étant tuméfiées énormément, elle vint à l'hôpital. Elle y était couchée le 20.

Le 20 avril, fièvre intense, pouls à 120, peau très-chaude, tantôt sèche, tantôt couverte d'une sueur visqueuse sur la poitrine; respiration accélérée, à 37.

A l'exploration, le thorax présentait un son mat dans une assez grande étendue de sa région supérieure gauche; en cet endroit, on entendait en outre un râle bronchique sibilant, et de temps en temps un léger gargouillement et de la bronchophonie. La toux était profonde; ce malade rendait par jour plusieurs onces de crachats purulents, globuleux, d'odeur nauséabonde, et mélangés à une sérosité limpide. Il était évident que le poumon gauche était profondément altéré et qu'il y existait quelques excavations caverneuses. Comme l'état de marasme et l'âge peu avancé de la malade s'opposaient à de nouvelles évacuations sanguines, nous nous proposâmes de mettre aussitôt à l'épreuve la puissance du seigle ergoté, en employant la résine à la dose de 4 grains le matin, et autant le soir, le 20 et le 21 avril; puis à la dose seulement de 4 grains les 22, 24, 25 et 27, et le 3 et le 4 mai, en nous réglant sur la tolérance de l'estomac, l'état et le degré de la maladie. De l'usage de ce remède si longtemps continué, la petite fille ne ressentit que des maux d'estomac, des vomissements, de l'assoupissement et de la céphalée; incommodités qui furent légères et ne durèrent que fort peu de temps.

Le 20 mai, notre malade était guérie de toute souffrance de la poitrine, à tel point que, ayant commis de fréquentes erreurs diététiques et même abusé du vin, inconvénients ordinaires dans les hôpitaux ouverts au public, spécialement aux parents, la respiration n'en avait pas éprouvé la moindre altération; la toux ne s'était pas réveillée, seulement il s'en était suivi une légère diarrhée.

Le 30 mai, elle abandonnait l'hôpital, avec tous les signes d'une guérison radicale, et jusqu'à présent, 20 août, je n'ai pas appris qu'elle ait fait une rechute ou qu'elle ait été atteinte d'autres maladies.

Obs. XXVIII. — *Phthisie et pneumonorrhagie.* — Le 25 du même mois d'avril, s'alitait à l'hôpital une infirmière, Rollero (Claire), âgée de 45 ans, d'un tempérament bilioso-lymphatique, d'une taille élevée, délicate, offrant peu d'embonpoint, au thorax comprimé, à la peau olivâtre, aux joues fort colorées. — Cette femme, qui avait déjà été affectée de diverses maladies, et spécialement de plusieurs pneumonorrhagies, quelques années auparavant, continuait néanmoins, pendant l'hiver, à passer les nuits en cherchant confortation et soulagement dans un vin généreux, jusqu'à ce que, dans le mois de janvier dernier, elle fut atteinte de toux violente et d'hémoptysie. Cet état morbide, négligé et supporté pendant si longtemps, l'avait réduite à un véritable marasme. Respiration courte, à 33; fièvre hectique; pouls à 98, vif; peau aride, brûlante et sèche; langue chargée et desséchée; soif continuelle. La toux est incommode et accompagnée d'expectoration purulente et sanguinolente, souvent même de sang pur. Son mat dans toute l'étendue de la région scapulaire gauche; supérieurement, râle avec gargouillement, et parfois à grosses bulles en quelques endroits. La partie antérieure de ce côté donne un bruit respiratoire intense avec quelques râles bronchiques; le décubitus n'est facile que sur le côté gauche.

Dans une situation si grave, on recourut avec confiance à la résine de seigle ergoté à haute dose; c'est-à-dire à 8 gr. le premier jour, à 16 le second et le troisième jour.

Le résultat d'une médication si active, en rapport avec la gravité de l'affection, fut le plus prompt et le plus heureux, puisque, dès le second jour du traitement, la respiration et la toux étaient moins incommodes, les crachats moins abondants, plus séreux et blanchâtres, la fièvre beaucoup plus légère (pouls à 75), et les autres phénomènes morbides amendés. Au troisième jour, le pouls était à 66. L'amélioration, en tout plus prononcée, continua jusqu'au 2 mai, huitième jour du traitement. Ce jour-là, la gêne de la respiration, la toux et l'expectoration s'étant exacerbées, le gargouillement s'étant de nouveau fait entendre dans la partie affectée, et la percussion rendant un son plus obscur, nous eûmes la conviction qu'une profonde lésion ne peut pas sitôt disparaître, que trop souvent, dans ces cas, les améliorations ne sont que spécieuses, et que l'on peut espérer encore dans les ressources de la nature. Mais le médecin qui a eu occasion de voir plusieurs de

ces cas ne se laisse pas facilement aller à s'en rapporter, pour le succès, à cette force, souvent incertaine et infidèle, alors que, à l'aide du *criterium*, *à juvantibus* et *permittentibus*, il a pu trouver le moyen d'obtenir la guérison. Nous eûmes donc de nouveau recours à notre résine le 2 et le 3 mai. — La maladie prit alors une si bonne marche, que Rollero entra en convalescence le 12 du même mois, sans avoir éprouvé d'autre incommodité qu'un resserrement passager de l'estomac, de la somnolence pendant les premiers jours du traitement, des refroidissements et des crampes aux jambes, qui se manifestèrent seulement durant le quatrième jour.

Pour mieux assurer la guérison, nous retînmes Claire à l'hôpital, avec la portion entière d'aliments et à la demi-portion de vin, depuis le commencement de juin jusqu'au 19, à l'avantage de sa santé qui y gagna et qui se maintient encore aujourd'hui.

Obs. XXIX. — *Tabes pulmonaire.* — Pendant quelque temps, je fus en doute si je devais ranger parmi les pulmonites chroniques ou parmi les phthisies, l'affection dont je vais donner l'histoire, à cause de l'opinion encore controversée sur la définition précise de cette grave infirmité. D'un côté, la phlogose initiale incessante; de l'autre, l'incertitude de cavernes manifestées pourtant par des signes évidents, me firent pencher pour la phthisie.

Le sujet de cette observation, Giordano (Etienne), journalier, âgé de 32 ans, entrait à l'hôpital le 8 juin 1843, atteint depuis sept mois de pulmonite droite, acquise à la suite d'un travail de plusieurs mois dans un fleuve où il était occupé à jeter et à diriger des bois de transport. Son tempérament était bilioso-sanguin et robuste, sa taille moyenne, ses membres bien proportionnés, ses yeux, ses cheveux et sa peau de couleur brune ; mais sa longue maladie l'avait rendu cachectique, émacié; sa face était d'une couleur de cire, terne; la respiration était courte et accélérée, à 34; la toux profonde pendant la nuit, et si incommode et si bruyante qu'elle ne laissait pas reposer les malades voisins. — Il expectorait continuellement du véritable pus ; les crachats ressemblaient à des plaques arrondies (*nummulaires*) et étaient mêlés à beaucoup de sérosité de consistance sirupeuse.

Le côté droit de la poitrine, un peu plus bombé, était œdématié et rendait un son fort sourd, voilé par un râle sibilant, avec gargouillement en haut. La fièvre était violente et le pouls à 97 ; la peau était sèche et mordicante, et la langue chargée. On avait déjà pratiqué dix-neuf saignées, qui avaient toujours donné un sang couenneux ; ces saignées calmaient un peu les troubles morbides, mais ceux-ci ne tardaient pas à reparaître.

En conséquence, on donna au malade, le 9, 4 grains d'extrait résineux de seigle ergoté, et on continua ainsi, presque tous les jours, jusqu'au 3 juillet, tantôt à la dose ci-dessus, tantôt à celle de 2 grains, selon les circonstances. De cette manière, il en consomma 48 grains, sans souffrir le moindre dérangement, ni à l'estomac, ni dans les membres, ni dans quelque autre partie du corps ; au contraire, il s'ensuivit une amélioration progressive, et les symptômes les plus formidables ayant diminué de jour en jour, Giordano se trouvait convalescent le 4 juillet au matin, jour où, l'ayant trouvé levé, sans toux, sans expectoration, exempt de fièvre et de gêne dans la respiration, je consentis à ce qu'il allât chercher à compléter sa guérison dans le sein de sa famille.

Obs. XXX. — Une paysanne, trapue, âgée de 25 ans, nommée Gastaldi (Thérèse), d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution scrofuleuse, tisserand et misérable, était, depuis plusieurs années, contrainte à travailler dans une chambre souterraine; ce qui lui avait occasionné un goître, des engorgements glandulaires et une petite toux continuelle. En juillet 1842, elle se livra à de pénibles travaux champêtres : soumise à l'action directe d'un soleil ardent, quelques jours après un changement si opposé dans son genre de vie, elle eut plusieurs crachements de sang vermeil qui sortait par flots de la poitrine ; crachements qui par la suite se répétèrent souvent, avec un surcroît de toux et de difficulté de respirer.

Pendant onze mois, on n'eut recours qu'à la saignée, qui fut pratiquée huit fois, à diverses époques. Néanmoins, comme la toux, l'hémorrhagie, la difficulté de respirer, les mouvements fébriles le soir allaient toujours en augmentant, elle entra à l'hôpital le 23 mai 1843.

L'exploration mit en évidence la *tubercolite* suppurée. En effet, il y avait pectoriloquie, gargouillement distinct, son tympanique du thorax dans la région sous-claviculaire droite, aspect grumeleux et sanguinolent des crachats, teinte rouge vive des joues, marasme commençant ; symptômes auxquels on pouvait ajouter une constitution scrofuleuse, un long séjour dans un souterrain, son genre d'occupation, la durée de la maladie et son opiniâtreté, un pouls fort et plein, à 101, une respiration à 27.

Le traitement dura soixante-cinq jours, et consista seulement dans l'emploi de la résine de seigle ergoté ; la malade prit 116 gr. de résine alcoolique. On voulut en outre, dans ce cas, essayer comparativement la résine retirée de l'extrait hémostatique. De plus, comme nous avions remarqué que l'huile de résine avait acquis, chez Colletti et Peano (voir obs. I et XII), une activité des plus

remarquables par l'action de quelques gouttes d'éther qu'une évaporation incomplète y avait laissées, et cela d'autant plus facilement que ces préparations n'étaient qu'un mélange d'éther et d'alcool, nous ajoutâmes huit grains de résine à une proportion égale d'éther, depuis le neuvième jusqu'au douzième jour du traitement.

De cette triple comparaison, jointe à quelques autres instituées dans plusieurs cas différents, il résulte pour nous : 1° Que l'addition de quelques gouttes d'éther aux mixtures résineuses de seigle ergoté en accroît l'intensité et la promptitude d'action. Chez notre malade, le pouls, qui était déjà réduit à 56, s'abaissa à 40; aussi les forces étaient-elles tellement anéanties que nous n'osâmes plus en continuer l'usage. En effet, ayant repris l'emploi de la résine seule, le pouls se releva à 46, puis à 55. 2° Que la résine de l'extrait hémostatique produit des effets moins intenses à doses égales et plus d'irritation des voies digestives.

Une médication si active amena l'effet désiré, et le 25 juillet, jour du départ de Gastaldi de l'hôpital, elle était tout à fait rétablie; il lui restait seulement dans la région affectée un très-léger râle humide, lequel disparut en peu de temps par un traitement de convalescence bien dirigé et l'air de la campagne (1).

Quant aux troubles de l'estomac et aux autres phénomènes anormaux qu'une dose si élevée de résine occasionne ordinairement, qui le croirait! on ne remarqua rien de notable sous ce rapport. Seulement, notre malade éprouva une légère mais courte cuisson à l'estomac après l'ingestion de la résine hémostatique.

Le grand nombre d'observations que nous avons rapportées dans le but de chercher à détruire plusieurs erreurs accréditées sur l'action et sur la vertu des principes qui appartiennent à la substance que nous étudions, nous engage à passer sous silence quelques autres histoires de maladies traitées aussi exclusivement par un petit nombre de grains de notre résine. Ce sont quatre pneumonorrhagies très-aiguës, deux dyssenteries, deux métrites avec aménorrhée et une angioïte. Nous pourrions encore signaler beaucoup d'autres affections dans lesquelles la résine, associée aux saignées, à la digitale, à la quinine, a opéré avec une activité beaucoup plus grande, même à petite dose. Nous nous contente-

(1) En novembre dernier, Gastaldi rentra de nouveau à l'hôpital pour une dysménorrhée datant de trois mois et une hypertrophie du cœur. L'exploration indiquait que les excavations étaient guéries et que les poumons étaient sains. Seulement, depuis 15 jours, une légère toux avait reparu; mais elle fut bientôt domptée par quelques grains de résine de seigle ergoté. L'hypertrophie du cœur diminua beaucoup en peu de jours.
(*Note ajoutée après avoir obtenu le prix*).

rons de rapporter un seul de ces cas: ce sera un exemple de plus de la puissance anti-périodique de cette substance.

Obs. XXXI. — J'eus occasion de visiter, le 15 avril 1843, une très-jolie demoiselle, âgée de 15 ans, d'un excellent tempérament lymphatico-sanguin, peu mais régulièrement menstruée. Cette jeune personne n'avait jamais jusque-là éprouvé aucune maladie ; elle était alors alitée et atteinte d'une fièvre intermittente survenue depuis deux jours, à la suite d'une transpiration supprimée par un froid humide.

Les symptômes du premier accès furent : de la céphalée; des frissons, de la chaleur, de la sueur; et pendant leur période, qui durait plus de 15 heures, la chaleur s'accompagnait d'épistaxis d'environ une demi-livre de sang rutilant et de consistance naturelle. Le second accès fut plus violent; l'épistaxis redoubla. Ayant prescrit une solution de tartre stibié, parce que les voies digestives étaient embarrassées, la malade éprouva du soulagement. Le lendemain, elle fut abondamment purgée avec de la rhubarbe. Cependant le troisième accès se manifesta plus tôt et avec plus d'intensité; il y eut une plus forte douleur de tête : face abattue, élancements douloureux aux sourcils, écoulement de plus de deux livres de sang, en moins d'une demi-heure, par les narines et par la bouche ; écoulement qui, se prolongeant, rendit bientôt le pouls très-faible et la syncope imminente. A peine 6 grains de résine ergotée eurent-ils été administrés, que l'hémorrhagie et la fièvre diminuèrent. Celle-ci reparut pour la quatrième fois : le paroxysme dura douze heures; mais il fut fort léger. L'hémorrhagie se borna à quelques onces de sang, et cessa tout à fait après l'administration de 4 autres grains de la même résine. Alors, considérant que ce médicament avait plutôt agi contre l'hémorrhagie que contre la fièvre, nous complétâmes le traitement par la quinine, et notre intéressante malade se rétablit parfaitement.

Si nous nous sommes empressé d'administrer la quinine, c'est parce que, dans trois autres cas de récrudescence de fièvre tierce, avec obstruction de la rate et angioïte, l'emploi du seigle ergoté nous fut d'un très-grand avantage pour combattre les complications morbides bien qu'il n'ait pu tout à fait empêcher le retour d'accès périodiques plus ou moins violents. C'est pourquoi nous crûmes devoir préférer la quinine dans la circonstance où nous nous trouvions, ou du moins nous pensâmes qu'il était plus prudent d'en alterner l'usage avec quelques légères doses de seigle ergoté.

Pour être fidèle à la marche que nous avons suivie jusqu'à présent, nous allons maintenant parler de plusieurs essais tentés sur

nous et sur quelques animaux, afin de compléter les exemples concluants que nous avons déjà cités, entre autres ceux du jeune pharmacien et de plusieurs volatiles. (Voir *expérienc.* 2e, 3e, 4e, 12e et 19e).

Vingtième expérience. — Le 6 avril, nous bûmes 6 gr. de résine ergotée, délayés dans deux onces de mucilage. Sans répéter les détails minutieux déjà rapportés plusieurs fois, nous dirons seulement que les longues souffrances que nous endurâmes pendant au moins deux jours furent beaucoup plus intenses. Le pouls qui, dans toute sa force, était à 71, s'abaissa à 47 ; la respiration, de 22, tomba à 15. Mais ce qui nous tourmenta le plus, ce fut une douleur telle aux articulations tarso-métatarsiennes, que l'on eût dit celle d'un membre luxé ; et le froid glacial de la peau, qui s'étendait à tout le corps, ne se dissipa point encore entièrement après l'emploi d'un vin généreux pris si copieusement qu'il nous eût enivré dans toute autre circonstance.

Vingt et unième expérience. — Le 11 mai, nous ingérâmes la même substance à deux lapins âgés de 4 mois. Mais, nous étant aperçu que l'un d'eux était dans un assez mauvais état, nous l'étranglâmes aussitôt et nous le disséquâmes pour le faire servir de pièce de comparaison. L'autre fut soumis pendant quatre jours à l'usage journalier de 5 gr. de résine.

Nous constatâmes des troubles d'une identité parfaite à ceux indiqués précédemment, excepté que l'appétit, qui se maintint toujours, cessait seulement une petite heure après l'ingestion, en même temps que la diarrhée. Ce lapin mourut le cinquième jour, dans un état très-prononcé d'émaciation ; le tube gastro-intestinal était distendu par des aliments non digérés, et les narines portaient des traces d'une perte de sang d'environ une demi-once, et qui était survenue quelques instants avant la mort.

La membrane de *Schneider* était d'un rouge livide très-prononcé et légèrement gorgée de sang dissous et décomposé. Les autres altérations cadavériques étaient tout à fait semblables à celles rencontrées dans quelques autres animaux (voir *exp.* 7e et 19e), c'est-à-dire : ramollissement cérébro-spinal et congestion aux sinus crâniens et rachidiens ; sang partout dissous, d'une couleur rouge noirâtre ; cœur flasque ; poumons rétractés et injectés ; muqueuse gastro-intestinale rouge en quelques endroits ; système musculaire flasque, pâle, presque sans consistance, couvert d'une lymphe pâle, livide et coagulée. Les os des extrémités étaient injectés, et leur moelle, de couleur rouge foncée, offrait des stries de sang.

Vingt-deuxième expérience. — Le 14 mai 1843, ayant placé

dans trois cages trois gros poulets, du poids de plus d'une livre, marqués des n°s 36, 37 et 38, nous fîmes avaler, en trois jours, 18 grains de résine au n° 36 ; au n° 37, 36 grains d'extrait résineux obtenu par l'alcool (on n'avait pas encore séparé la résine de l'ergotine et des principes nitrogénés, substances que l'on trouve ordinairement en traitant le seigle ergoté au moyen de l'alcool), finalement, au n° 48 nous donnâmes 142 gr. de seigle ergoté pulvérisé. Le poulet n° 36 cessa bientôt de se mouvoir et de manger ; il ne chanta plus, il demeura apathique, froid, tremblant, assoupi ; puis la crête devint noire. Deux jours après, comme il paraissait vouloir reprendre, on lui donna 4 autres grains. Le lendemain 17, il en prit 6 ; alors il empira sensiblement et mourut le 20 au soir.

Le n° 37 mourut plus vite, c'est-à-dire le 18 au soir, avec des symptômes entièrement semblables à ceux du n° 36, mais plus intenses, à cause de la plus grande dose ingérée.

Le n° 38 mourut au quatrième jour, c'est-à-dire le 17 : il avait enduré les mêmes souffrances que les deux autres, et qu'éprouvent tous les autres animaux soumis aux expériences du seigle ergoté.

Ils furent tous les trois ouverts avec soin, et ils présentèrent les mêmes altérations que le lapin, les autres poulets et la poule dont nous avons donné les observations ci-devant. Cependant, ces altérations étaient beaucoup plus prononcées dans le n° 37, dont le cerveau, le renflement de la moelle épinière et le cœur étaient excessivement mous et flasques. Le cadavre exhalait l'odeur nauséabonde propre à la résine, et les os ainsi que les capsules articulaires étaient plus ramollis. La moelle paraissait convertie en un sinus veineux, tant était grande son injection,

Il n'y a donc aucun doute que le principe résineux du seigle ergoté soit la substance médicinale la plus active de cette sorte de blé altéré.

De ce qu'on appelle ségaline ou ergotine.

La *ségaline* ou *ergotine* est une poudre neutre, d'un rouge foncé, à peu près de la couleur du quinquina, douce ou onctueuse au toucher, ayant une odeur un peu nauséabonde, qui ne diffère pas beaucoup de celle du seigle ergoté pulvérisé, et une saveur nauséabonde, légèrement piquante, âcre et faiblement amère.

Elle est soluble dans l'acide sulfurique concentré, l'acide acétique, la potasse hydratée, l'ammoniaque, l'alcool chaud et purifié ; elle est insoluble dans l'eau, l'éther, etc.

A une légère chaleur, son odeur spécifique est plus prononcée : à un feu plus intense, elle se ramollit, sent le poisson grillé et se

carbonise. Nous avons déjà indiqué la manière de l'obtenir ; nous dirons seulement que, d'après quelques essais imparfaits, qui nous sont propres, il résulte qu'elle est composée de divers éléments, entre autres une sorte de sous-résine. Toutefois, ne voulant rien préjuger, nous attendrons que des recherches chimiques rigoureuses viennent nous fournir des données plus positives.

Les opinions sur l'action de la ségaline sont encore divisées (Wiggers la considère comme le principe actif du seigle ergoté ; Bonjean est d'avis, au contraire, qu'elle est inerte) : nous croyons qu'il ne sera pas sans utilité d'ajouter ici quelques expériences à celles que nous avons déjà rapportées (voir *exp.* 2e, 3e, 12e et 18e); elles ne peuvent que nous fixer davantage sur le mode d'agir de cette substance.

Vingt-troisième expérience. — Le 15 avril 184..., nous prîmes 10 gr. de ségaline, à peu près ce que l'on peut extraire de plus d'une once du seigle ergoté. Une heure après, nous éprouvâmes des nausées, des renvois nauséabonds, du ralentissement et de la faiblesse dans les mouvements cardiaco-artériels. Le pouls, de 74, tomba à 69. Nous ressentîmes une légère céphalée, ou plutôt une pesanteur de tête avec somnolence, et la respiration se ralentit à peine. Mais ces symptômes disparurent plus promptement que ceux dus au seigle ergoté et aux préparations oléo-résineuses. Il n'y eut point d'altération notable de la chaleur cutanée, ni de sentiments douloureux de brisure et de pesanteur de plomb aux malléoles et aux mollets.

Obs. XXXII. — *Pulmonite gauche.* — Vernetti (Marie), cuisinière d'hôtel, de complexion délicate, sub-cachectique, ayant déjà été affectée de plusieurs maladies, entre autres de pleurésies, de pulmonites, d'angioïtes et de fièvres typhoïdes, descendant quelquefois à la cave, tout en sueur du feu de la cuisine, contracta une violente pulmonite. Entrée le 28 avril 1845 à l'hôpital, elle fut aussitôt saignée et soumise à l'usage des potions stibiées.

Le soir du troisième jour de traitement, malgré six saignées de plus d'une livre chacune et plusieurs grains d'émétique, les symptômes ne s'amendèrent point ; au contraire, le pouls, qui auparavant était à 102, s'éleva à 121, et devint plus vif : face terne ; douleur sourde sous la mamelle gauche ; crachats rouillés. Le stéthoscope dénotait un anévrysme du ventricule droit du cœur : presque aucun bruit respiratoire ; râle crépitant, obscur dans la région douloureuse. (8 grains de ségaline ; suspension de la saignée.)

Le lendemain, nous trouvâmes un léger amendement dans les symptômes généraux et la douleur. Le pouls était à 114, *moins*

vif et moins frémissant au toucher ; mais il y avait toujours persistance du trouble de la respiration qui s'était peu améliorée. Ce qu'il y eut de remarquable, c'est que la malade, qui jusqu'alors avait perdu tout sommeil, aussitôt après avoir pris la ségaline, éprouva de la pesanteur de tête, de la somnolence, et dormit toute la nuit. — (Répétition de la ségaline et deux saignées dans la journée. — On continua la médication à la dose de 9 grains pendant deux jours et de 6 grains pendant deux autres jours, et on pratiqua encore deux émissions sanguines.)

Dans le cours du traitement, les mouvements du cœur s'exacerbèrent au sixième jour. Le pouls s'éleva à 134, peut-être à cause de quelque erreur de régime; mais les symptômes locaux s'apaisèrent, et avec eux disparut la fièvre; si bien que, le 17 mai, Vernetti entrait en convalescence, et que, le 2 juin, elle quittait l'hôpital, guérie de la pulmonie et avec une notable amélioration de l'affection cardiaque.

Nous ajouterons que la somnolence observée suivit toujours les doses les plus fortes du médicament, et que, en dernier lieu, il s'y était joint des maux de cœur, des nausées et des éructations gazeuses. Bien qu'il ait fallu ajouter les saignées à la *ségaline*, néanmoins on peut distinctement apprécier son action sur le système nerveux, sur la circulation et sur l'estomac.

(*La suite à un prochain numéro.*)

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1846-1847. — N° 4.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1847. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Recherches, observations et réflexions sur les abcès du foie ouverts dans les bronches; par M. Raikem, membre titulaire.

Résumé et analytique. — « Quelques histoires pathologiques que j'avais recueillies depuis longtemps dans ma pratique m'ont engagé à essayer de résoudre la question, encore controversée, de savoir si les abcès chroniques du foie qui se sont ouverts dans le poumon et dans les bronches ne sont pas quelquefois susceptibles de se terminer heureusement.

« J'ai d'abord exposé les arguments principaux que l'on peut invoquer à l'appui de l'opinion de ceux qui prétendent que ces abcès sont toujours mortels.

« Je me suis permis ensuite d'en appeler de ce jugement absolu au tribunal de l'observation et du raisonnement, ces deux fondements principaux de la médecine.

« J'ai cru devoir me borner à présenter huit observations circonstanciées sur les abcès dont il s'agit ; les unes me sont propres, j'ai emprunté les autres à différents auteurs. Mais indépendamment de ce petit nombre de faits détaillés, j'en ai cité ou mentionné une foule d'autres du même genre, soit pour étayer les considé-

rations auxquelles je me suis livré, soit pour éclaircir quelques points de pathologie interne en connexion avec mon sujet.

« Pour vous mettre à même d'apprécier approximativement l'importance de ces huit observations particulières, je crois devoir faire un sommaire de chacune d'elles.

« Obs. I. — Servante, âgée de 45 ans. Abcès du foie, expectoration soudaine et abondante de matières muqueuses et bilieuses, indigestion suivie de l'explosion d'une péritonite suraiguë et rapidement mortelle. — A l'autopsie, parenchyme hépatique recélant un petit dépôt de bile qui est en communication avec une radicule bronchique, extraordinairement dilatée du poumon droit, par l'intermédiaire d'un conduit fistuleux; et, en outre, vaste foyer purulent du foie qui s'est ouvert dans la cavité péritonéale.

« Obs. II. — Femme mariée, âgée de 42 ans. Hypertrophie du foie, pneumonie aiguë terminée par résolution. — Grossesse. — Apparition brusque et inattendue d'une expectoration très-abondante de matières muqueuses, puriformes, écumeuses, nuancées de différentes couleurs (vert, jaune et rougeâtre), d'une saveur amère, d'une odeur fétide, entremêlées de débris pultacés d'un organe parenchymateux. Au bout de cinq à six mois, l'expectoration et en même temps l'hypertrophie du foie diminuent par degrés; il se déclare une amélioration progressive et la santé se rétablit.

« Six ans après cette guérison inespérée, pneumonie aiguë à laquelle la malade succombe au treizième jour. A la nécroscopie, hépatisation grise du poumon droit; traces manifestes d'un canal fistuleux, étendu de la base de ce viscère jusqu'au foie, lequel présente une cicatrice profonde et recèle un petit abcès.

« Obs. III. — Blessure du foie, inflammation et suppuration de ce viscère, cicatrisation de la plaie et rétablissement de la santé. Au bout de deux ans, récrudescence et formation d'un abcès jécoral qui s'ouvre dans le poumon droit et entraîne la mort du malade.

« Obs. IV. — Femme âgée de 30 ans. Expectoration d'une grande quantité de bile. Guérison.

« Obs. V. — Un maréchal ferrant, âgé de 33 ans. Hépatite, expectoration de crachats purulents fétides et copieux, amendement graduel. Récrudescence. Nouvelle expectoration brusque et inattendue d'une mesure (*mass*), c'est-à-dire de plus de 48 onces de matière purulente infecte, contenant des lambeaux membraniformes corrompus. Quelques heures après, semblable expectoration se renouvelle. Le lendemain, éjection des voies aériennes, de plus de 24 onces de pus épais, fétide et sanguinolent; puis le malade expectore journellement, et pendant trois jours successifs, une

sifs, une chopine de bile pure, et finit par récupérer la santé.

« Obs. VI. — Femme âgée de 40 ans. Aucun signe de maladie pulmonaire, tumeur occupant l'hypochondre droit. Apparition soudaine d'une expectoration abondante. On diagnostique un abcès jécoral ouvert dans le poumon. Guérison.

« Obs. VII. — Femme adulte. Hypertrophie inflammatoire du foie, à laquelle succède un abcès hépatique qui s'est ouvert dans les bronches, et a simulé une vomique pulmonaire. Guérison.

Obs. VIII. — Homme. Fièvre gastrique intense accompagnée d'ictère. Il survient une fièvre hectique qu'on rapporte à un abcès jécoral. L'exploration de la poitrine fait reconnaître que les poumons sont sains. Tout à coup suffocation imminente ; expectoration copieuse d'un pus bien élaboré, à la quantité d'une pinte et demie, dans le courant d'une nuit. Le lendemain, engouement du poumon droit, où le stéthoscope ne révèle ni souffle respiratoire, ni résonnance de la voix, ni respiration bronchique ; l'expectoration purulente continue pendant plusieurs jours successifs. Dès le troisième jour, les phénomènes morbides avaient commencé à s'améliorer ; d'abord on perçoit, vers la racine de ce poumon, un râle muqueux ; ce râle progresse ensuite par degrés en se rapprochant de l'endroit où la matité s'était montrée en premier lieu ; enfin, retour graduel du bruit vésiculaire, de la résonnance de la voix et de la respiration bronchique comme dans l'état normal. Guérison.

« Les médecins considéraient jadis comme incurables et nécessairement mortelles la plupart des lésions du foie, nommément les abcès, les suppurations, les ulcères et les pertes de substance de ce viscère ; et parmi les modernes, il y a des auteurs d'un grand mérite, qui sont du même avis sur la terminaison de ces affections, et spécialement sur celles des abcès hépatiques ouverts dans le poumon.

« Néanmoins les annales de l'art et de la science présentent des faits irrécusables qui témoignent de l'heureuse issue de ces foyers purulents ; et j'ai eu moi-même occasion de m'en convaincre.

« Il ne m'est pas démontré que nos devanciers, auxquels peu de maladies internes ont échappé, n'aient jamais vu de malades atteints d'abcès hépatiques purulents et biliaires, ouverts dans les poumons et dans les bronches, après avoir perforé le péritoine, le diaphragme et la plèvre ; je suis persuadé que plusieurs anciens praticiens en ont rencontré quelquefois.

« La guérison des abcès hépatiques, ouverts dans les bronches, peut s'accomplir éventuellement, ou sous l'influence salutaire de la puissance médicatrice de la nature, à la faveur d'un canal fis-

tuleux qui, partant du foyer purulent, traverserait le diaphragme pour aller gagner une ou plusieurs ramifications bronchiques, de manière à s'y aboucher, s'y réunir et verser dans leurs cavités les substances que ces abcès contenaient. Par contre, il résulte de onze observations médicales au moins, éclairées par l'anatomie pathologique, que dans les cas où les abcès hépatiques, ouverts dans le poumon, avaient occasionné la mort, les foyers purulents ne communiquaient pas directement avec une ou plusieurs ramifications bronchiques, par l'intermédiaire d'un canal adventice, mais qu'au contraire, le pus ne parvenait dans ces ramifications que médiatement, c'est-à-dire après avoir laissé çà et là, dans le poumon, dans la plèvre ou dans d'autres organes, quelques parties de sa masse intégrale, soit sous forme de collection, soit sous forme d'infiltration.

« La matière purulente rougeâtre, épaisse et fétide, comparée à de la lavure de chair, que l'on trouve souvent dans les abcès chroniques du foie, est vraisemblablement le produit décomposé de la suppuration et de la fonte putride ou du ramollissement pultacé du parenchyme jécoral circonvoisin; et quoique la mort ne s'ensuive pas toujours infailliblement, elle est l'indice d'un grand danger, par la raison, selon moi, que le foyer creusé dans le foie n'est pas alors tapissé, du moins dans toute sa périphérie, par une membrane accidentelle vasculaire, apte, quand elle existe, à en favoriser la cicatrisation.

« Le pus, la bile en nature, le détritus liquéfié et décomposé du parenchyme jécoral, des calculs biliaires, des acéphalocystes ou des lambeaux de ces corps vésiculaires, provenant d'abcès ou de kystes hépatiques ouverts à l'extérieur ou à l'intérieur dans des organes creux revêtus d'une muqueuse, comme les bronches par exemple; tous ces produits divers peuvent, à l'aide d'un conduit fistuleux, adventice, s'introduire dans ces organes, les parcourir et être rejetés au dehors, sans qu'il s'ensuive des troubles fonctionnels et des altérations matérielles incompatibles avec la vie, ou nécessairement funestes.

« La présence de la bile en nature dans le pus des abcès chroniques du foie ne doit pas toujours être regardée comme un indice certain que ces abcès sont dépourvus d'une membrane cellulo-vasculaire accidentelle, puisqu'il n'est pas rare de rencontrer de la bile unie aux substances renfermées, soit dans des kystes hydatides de cet organe, soit dans des abcès hépatiques environnés d'une tunique tapissante.

« Le pus des abcès chroniques du foie répand ordinairement une odeur infecte, ammoniacale; cependant on le trouve quelquefois tout à fait inodore.

« Quant au *diagnostic* des abcès chroniques du foie qui se sont ouverts dans les bronches, après que, moyennant un examen rétrospectif de la maladie, on est parvenu à s'assurer que la plèvre ou le poumon ne sont point affectés, et que le foie est le siége d'un foyer purulent plus ou moins vaste, si la forme morbide dont je vais tâcher de tracer les principaux signes se présente, il y a lieu de croire que la substance qu'il renfermait s'est frayé un passage à travers le diaphragme, jusque dans le poumon et dans les bronches.

« La légère souffrance qui existait auparavant dans la région jécorale acquiert un surcroît d'intensité; une douleur aiguë, pongitive, brûlante et gravative, se fait sentir à l'endroit du thorax qui correspond au siége de l'apostème; parfois on y constate une fluctuation manifeste. Puis tout à coup dyspnée excessive, suffocation imminente, orthopnée, anxiété inexprimable, râles bruyants, trachéal et bronchique, toux incessante, haleine infecte, goût d'excréments dans la bouche, expectoration subite et par flots de crachats puriformes, âcres, fétides, nauséabonds, sanieux, bruns, rougeâtres, striés de sang, quelquefois mêlés de bile, contenant des débris pultacés du parenchyme jécoral, des calculs biliaires, des hydatides ou des lambeaux membraneux d'acéphalocystes. En même temps que ces phénomènes surgissent, on observe une matité insolite de l'un ou de l'autre côté du thorax, le plus communément du côté droit, avec absence de bruit respiratoire, sans souffle tubaire, ni résonnance de la voix, ni égophonie, ni tintement métallique pectoral, ni bruit de succussion, ni ampliation de la poitrine du côté affecté, ni soulèvement des espaces intercostaux; seulement l'oreille ou le stéthoscope, appliqués dans la région du foie, font entendre un gargouillement jécoral très-prononcé, qui s'étend jusqu'à la base du poumon, tandis qu'une compression exercée sur cette même région détermine immédiatement une expectoration impétueuse et plus abondante, et que les signes, tant locaux que généraux, qui caractérisaient la collection humorale formée dans le foie, vont en diminuant peu à peu, par degrés, de nombre et de violence.

« Dans les cas où ces symptômes se maintiennent sans se relâcher, et s'aggravent de plus en plus, le patient ne tarde guère à succomber, consumé par une sorte de phthisie. Mais lorsqu'au contraire il se déclare une amélioration graduellement progressive; quand on commence à découvrir vers la racine du poumon, à l'endroit où la matitité s'était primitivement fait entendre, un râle muqueux auquel viennent succéder, petit à petit, un bruit respiratoire distinct et une résonnance normale de la voix; que le tinte-

ment métallique jécoral n'est plus appréciable à l'endroit correspondant au foyer de la maladie; que la compression de l'hypochondre n'est plus douloureuse ni pénible, et ne provoque plus, comme auparavant, ni angoisses, ni dyspnée, ni expectoration surabondante de matières puriformes; enfin, alors que tous les troubles de l'organisme qui accompagnaient l'abcès hépatique continuent à décliner de jour en jour, on ne doit pas désespérer de la guérison. »

L'Académie décide au scrutin que le travail de M. Raikem sera imprimé dans les Mémoires de la Compagnie.

Aperçu historique sur la prothèse locomotrice depuis le XVIIe *siècle jusqu'à nos jours*; par M. Brogniez, membre titulaire.

Préliminaires.—Si, dans certains cas pathologiques, la chirurgie de l'homme ne rend la vie qu'au prix du sacrifice d'un ou de plusieurs membres qu'elle ne remplace pas d'une manière avantageuse pour permettre les mouvements de progression, il n'est pas étonnant que l'amputation soit si souvent regardée comme un remède affligeant, comme un moyen extrême, plus horrible même, aux yeux des patients, que ne le sont les maux de nature à compromettre l'existence, et auxquels il y a nécessité de s'opposer.

La prothèse, comme complément de l'exérèse, devrait rétablir ce que celle-ci enlève à l'économie vivante, sauf toutefois les fonctions sensoriales, telles que la perception tactile, celle des sons, des objets visibles, etc. Quant à la locomotion, l'accomplissement de la mission bienfaisante de la science prothétique, cette branche si importante de la chirurgie, tient à la condition essentielle d'une réparation mécanique complète ; mais en l'état où elle se trouve encore aujourd'hui, on ne peut dissimuler son insuffisance. En effet, malgré les généreux efforts, malheureusement plus louables que fructueux, que tant de chirurgiens ont faits, depuis Ambroise Paré jusqu'à notre époque, pour obtenir un mécanisme de forme convenable et surtout capable d'imiter les mouvements ou fonctions naturels, la jambe de bois, vieille comme les misères humaines (1), n'est-elle pas encore l'appareil que l'on s'accorde à regarder comme le plus satisfaisant, quoique ce ne soit en réalité qu'un moyen de translation très-imparfait ?

Le célèbre chirurgien lyonnais dont nous venons de prononcer le nom, a donné, dans ses œuvres (2), le dessin et la description

(1) « Les marbres antiques, remarqués par le célèbre Percy, représentant des guerriers rentrant dans leurs foyers, portant des jambes de bois dans leurs bagages, prouvent l'ancienneté du *modeste Spilon.* » (*Dictionnaire des Sciences médicales.*)

(2) OEuvres complètes; Lyon, 1642.

d'une jambe flexible au genou où elle est munie d'une gâchette destinée à produire le mouvement, et au niveau des malléoles où se trouve un ressort qui tend constamment à porter le pied dans l'extension. On sait que cet appareil (d'ailleurs lourd et privé de dispositions mécaniques capables d'empêcher la chute) était appelé par son auteur la *jambe des riches,* pour conserver à la jambe de bois le nom de *jambe des pauvres.* Il est douteux, à en juger par la composition de ce mécanisme, qu'il ait jamais été appliqué; aussi ne dit-on rien de ses fonctions sur l'homme. Le premier essai de Paré n'eut pas l'effet de provoquer de nombreuses recherches dirigées vers le même but, car plus d'un siècle s'écoula sans résultats sensibles pour la prothèse locomotrice; ce n'est qu'entre le milieu et la fin du siècle dernier qu'eurent lieu quelques inventions dignes d'attention. Ainsi Adisson fit, vers 1770, un appareil présentant,comme celui de Paré, une articulation au genou et une au pied; White, vers 1790, en imagina un autre en zinc, avec une enveloppe de cuir; puis Brünninghausen arriva à quelques combinaisons plus importantes, qui servirent de point de départ pour tenter de nouveaux essais, mais dont les résultats laissèrent encore beaucoup à désirer. Parmi ces expérimentateurs zélés qui, de 1802 à 1831, ont exercé leur génie, se basant sur le modèle du chirurgien allemand, dans le but de parvenir à réparer certaines mutilations sans lesquelles (malheureusement pour l'humanité) la chirurgie serait impuissante dans beaucoup de circonstances, nous comptons Stark, Rühl, Behrens, Heine, Graefe, Palm et Dornblüht.

Nous exposerons brièvement plus loin la composition de ceux de ces mécanismes qui ont été placés en première ligne, mais on peut déjà apprécier généralement leur insuffisance par les paroles dont M. Lagneau se sert pour résumer leurs avantages et leurs inconvénients, à l'article *Membres artificiels* du *Dictionnaire des Sciences médicales* (1). Il est aussi à remarquer que les tentatives faites depuis la publication de cet ouvrage n'ont porté que sur le pied seulement, et que les difficultés, tant de fois affrontées pour réparer les soustractions faites dans les régions supérieures des membres locomoteurs, étaient encore non résolues, lorsqu'à mon tour j'ai cherché à les vaincre. Ainsi, ce qu'on a trouvé de mieux ne s'applique qu'aux cas d'amputation du pied ou dans le bas de la région tibiale, et alors on conçoit que le bout de jambe restant, étant encore sous l'impulsion des muscles de la cuisse, puisse aider à la progression, sans que l'on doive recourir à des moyens fac-

(1) *Dictionnaire des Sciences médicales*, en 13 volumes, imprimé de 1828 à 1830.

tices dont l'effet serait d'opérer la flexion et l'extension du genou; chose indispensable dès que l'ablation du membre a eu lieu tout près ou au-dessus de cette dernière articulation.

M. Lagneau, après avoir cité un appareil fabriqué par le mécanicien Daret, et dont la forme était exactement la même que celle du membre resté intact, s'exprime ainsi : « Toutefois, dit-il, ces instruments sont très-chers ; ils deviennent toujours incommodes par leur poids, et malgré leur apparente solidité, ils sont, tout bien considéré, infiniment moins sûrs pour la marche que les cuissarts ordinaires. » On voit que l'appareil de Daret, avec lequel un homme s'est présenté devant la Société d'émulation de Paris, n'est pas même excepté.

Il ne faut pas croire que M. Lagneau ait été trop loin dans sa sévère appréciation; je ne m'étonnerais pas s'il eût ajouté à l'énumération des inconvénients qu'il signale : 1° le défaut de ne pouvoir obéir à la volonté de l'amputé, même en portant la main à l'appareil pour le faire manœuvrer à chaque pas, et 2° le danger de ne pouvoir éviter la chute.

Ne nous étonnons pas si la chirurgie est encore si peu avancée sous ce rapport; cela tient à ce que presque tous les expérimentateurs n'ont fait que chercher à féconder la même idée, sans se douter qu'ils tournaient toujours dans le même cercle ; enfin chacun d'eux a commencé par où il fallait finir. En effet, ils ont établi d'abord une enveloppe ou forme creuse, en bois, en un métal quelconque, ou en cuir; on a même été jusqu'à employer le carton; puis on ajustait des charnières, des ressorts de batterie, des tringles en fer pour commander les mouvements avec la main à chaque pas, etc. C'était prendre l'*accessoire* pour l'*essentiel*, car c'est en procédant en sens contraire que j'ai atteint le but. L'enveloppe, le révêtement enfin, doit être indépendant du mécanisme, c'est-à-dire qu'il ne doit donner que la forme et soutenir la chaussure.

Un grand inconvénient des appareils consistant essentiellement en une enveloppe, c'est que l'air n'y pénètre qu'imparfaitement. Cette circonstance seule fait souffrir l'amputé de la chaleur ; outre cela, les parties renfermées ainsi dans ces espèces de boîtes suent, s'excorient et s'enflamment, au préjudice de la santé de l'individu forcé d'en faire usage.

Un article du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* pourrait servir à marquer ici l'état réel de la *prothèse jambière*. Ce journal rapporte, dans son numéro de janvier 1844, que M. Blandin, professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu de Paris, venait de constater, en présence de ses élèves, *les progrès les plus récents de la chirurgie sous ce rapport*, à l'occasion d'un pied artificiel, fait par

M. F. Martin, avec lequel une jeune fille, amputée au-dessous des malléoles, a pu escalader et descendre, à plusieurs reprises, les gradins de l'amphithéâtre; quant à la difformité, ajoute le rédacteur, elle était si parfaitement corrigée, que, sans le *bruit particulier produit par le choc du membre artificiel sur les bancs de bois*, il aurait été impossible à la première vue de reconnaître de quel côté l'amputation avait été faite. « Nous avons déjà dit qu'aucun succès aussi heureux n'a été obtenu jusqu'ici, lorsque l'amputation ne se bornait pas au pied ou au bas de la jambe.

Quoique l'auteur de l'article précité ajoute que « *trois siècles d'une popularité de bon aloi sont là pour attester les services du pilon ou jambe de bois, et qu'il y aurait de l'ingratitude à ne pas lui rendre l'hommage qui lui est dû,* » il n'en est pas moins vrai que la plupart des membres artificiels connus ne sont qu'un auxiliaire insuffisant (1), répugnant même à l'humanité, et plus propres à inspirer une résistance, une opposition funestes, qu'à offrir une consolation réelle aux affligés qui sont à la veille de devoir y recourir. Et que résulte-t-il le plus souvent d'une résignation tardive, ou d'une hésitation prolongée de la part des malades, si ce n'est que le chirurgien cédant à regret, malgré sa conviction, à la demande d'une nouvelle temporisation, les progrès incessants de l'affection, dont l'incurabilité réclamait déjà peut-être l'amputation dès le principe, rendent la guérison douteuse, sinon impossible? Ne voit-on pas ainsi, dans une foule de cas graves où la réussite pouvait être considérée comme certaine en opérant à temps opportun, le succès devenir impossible, à cause d'un retard provoqué par la crainte de subir une mutilation jugée irréparable?

Peut-on douter, d'après cela, de la confiance que peut inspirer l'apparition d'une combinaison mécanique dont la structure serait établie et raisonnée d'après l'organisation anatomique même, présentant d'ailleurs toute garantie de solidité et de commodité, sans exclusion d'une imitation parfaite des formes naturelles? Non, certainement, pas plus que des consolations précieuses qu'elle procurerait dans beaucoup d'occasions où il n'y a point de salut sans l'intervention de la haute chirurgie avec ses opérations majeures. Encouragé par l'idée d'une réparation possible après l'amputation, l'homme atteint d'un mal désespéré accepterait d'emblée et sans méfiance l'opération dont la proposition seule (au point où la prothèse locomotrice se trouve encore) fait souvent fléchir le courage le plus ferme, le caractère le plus inébranlable. Enfin, l'espérance d'une substitution artificielle acceptable

(1) En effet, cette apologie de la jambe de bois n'est-elle pas la condamnation de tous les systèmes mobiles qui ont été préconisés?

fortifierait les esprits craintifs comme les plus fortes résolutions, et l'on ne verrait plus les malades préférer la probabilité d'une mort prématurée à une soustraction pour laquelle aucune compensation n'a jamais pu être sérieusement promise jusqu'ici.

On trouverait encore la preuve de la pauvreté de la chirurgie, sous le rapport des véhicules prothétiques, dans l'abandon qu'en ont fait toutes les personnes à qui la fortune a permis de recourir à ceux qui passaient pour être les plus parfaits. En voici encore un exemple : Un prince russe, amputé, dont j'ai eu la visite au mois de septembre dernier, et qui, après avoir essayé de tous les appareils connus, s'était vu forcé de revenir à la jambe de bois, m'a rapporté qu'une dame ayant un fils aussi privé d'un membre, par suite d'un accident grave, consacra plusieurs années à rechercher elle-même, par ses propres études, un moyen réparateur. Ce prince fit donc l'essai d'une jambe que cette dame lui avait fait construire d'après ses instructions; mais la compression des liens qui la fixaient au moignon occasionnait de l'engorgement et tant de douleur au bout de quelques heures d'application, qu'il dut encore l'abandonner. Il ajouta même qu'il n'en avait éprouvé aucun regret, le but proposé n'étant pas mieux atteint, quant à l'imitation des fonctions, qu'avec tous les autres appareils qu'il s'était procurés précédemment.

Les conditions auxquelles on attache ordinairement le plus d'importance, pour les jambes artificielles, sont *l'extrême simplicité* et, par suite, le *très-bas prix;* mais qu'on le remarque bien, la valeur du mot *complication,* lorsqu'il s'agit d'un mécanisme prothétique quelconque, est toute *relative aux fonctions* que l'appareil doit exécuter, ainsi qu'à son *utilité.* Quand on ampute un membre locomoteur, prive-t-on l'homme d'un organe si simple? Et comment voudrait-on y suppléer par l'application d'une espèce d'étui non susceptible d'obéir à la volonté, simulant seulement une colonne sans mouvements partiels, et tout au plus propre à supporter le poids du corps?

Tant qu'une parfaite imitation du jeu naturel des articulations et de l'action des membres n'en est pas la conséquence, on n'est arrivé nulle part; ce serait même presque méconnaître la perfection des œuvres de la création, que de vouloir obtenir une réparation entière au moyen d'un appareil de la dernière simplicité, lorsqu'une partie vivante, compliquée dans les détails de sa structure comme dans l'ensemble de ses mouvements fonctionnels, a été retranchée. En prothèse, il est impossible de comprendre la simplicité de cette manière, autrement que pour l'imitation exclusive de la forme; on reproduira, par exemple, un nez, une oreille,

un œil, un palais, un ratelier dentaire complet, etc. ; mais quant aux fonctions dévolues aux organes dont la suppression ou l'absence sont ainsi artificiellement dissimulées, elles sont en grande partie perdues sans retour. Je dis donc qu'un membre locomoteur substitué, qui n'a de la nature que la forme, ne présente aucune valeur physiologique ; il ne sera jamais qu'un *moule de bottier*, aussi éloigné du véritable but qu'une coque oculaire en cristal, incapable de rendre jamais la vision possible.

La prothèse locomotrice était seule susceptible d'atteindre le double but d'imiter tout à la fois la *forme et les fonctions ;* malgré ce privilége spécial, elle a été pourtant jusqu'ici un problème ardu qui a mis en échec plus d'un mécanicien habile.

Indépendamment des deux conditions dont nous venons de parler (simplicité et bas prix), on exige encore la solution de difficultés que mille efforts n'ont pu surmonter ; car outre une ressemblance complète avec la forme de la jambe restée saine et une grande légèreté jointe à une solidité à toute épreuve, on veut non-seulement une imitation intacte et une liberté parfaite des mouvements du membre, mais aussi un appui fixe et solide pris au moignon, sans l'exposer à une pression douloureuse, et surtout sans porter atteinte à la cicatrice !

L'*imitation de la forme* était la chose la plus facile à obtenir et la moins importante, quoique nécessaire ; on pouvait aussi allier la *légèreté* à la *solidité*, nous l'avons fait ; mais *prendre appui sur le moignon*, c'est presque toujours une impossibilité : cela se conçoit aisément lorsqu'on réfléchit à l'extrême sensibilité dont il est ordinairement le siége. Outre cet inconvénient, le refoulement des tissus vers le haut exposerait la cicatrice à se rompre, d'où résulterait une plaie ulcéreuse, et souvent la nécessité de reséquer l'extrémité de l'os.

Quant aux moyens d'*imiter les mouvements fonctionnels*, il fallait sortir de l'ornière commune ; pour y parvenir, il fallait chercher et trouver dans la nature même, en dehors de l'organisation, un *élément spécial*, ou plutôt une *puissance susceptible de remplacer avec précision la contraction musculaire*, et capable en même temps d'agir énergiquement sur le mécanisme, comme si la volonté de l'amputé y présidait. La réussite était à ce prix, et un succès complet était impossible sans obtenir d'abord, par un mécanisme quelconque, une *mobilité parfaite, la chute ne pouvant avoir lieu dans aucune circonstance*, par exemple lorsqu'un choc, un heurt, un faux pas, provoquent une flexion subite et inopinée, à l'insu de la personne portée par l'appareil. On voit donc qu'il ne suffisait pas d'emprunter à la mécanique des leviers, des res-

sorts, etc., mais qu'il fallait encore une force pour *animer* en quelque sorte spontanément, ou plutôt par une espèce de *volition factice et indirecte, les organes artificiels et inertes*, destinés à remplacer les parties actives et naturelles retranchées; car toute action passagère comme l'élasticité nécessite une impulsion qui puisse lui être supérieure et alternativement moins intense : sans cette intervention physique, il ne pourrait y avoir qu'équilibre, et conséquemment ni réactions, ni mouvements.

L'absence d'un auxiliaire présentant ces conditions n'aurait eu qu'un résultat négatif; aussi le *secret principal* de la nouvelle invention est-il là (1).

Après ces préliminaires, et avant l'exposé des propriétés et des avantages de l'appareil nouveau, que l'Académie a vu fonctionner sous un homme amputé, un examen rapide de l'état actuel de la prothèse jambière ne sera pas inutile.

II. — *État actuel de la prothèse locomotrice.* — Partant des difficultés variables de la prothèse locomotrice présente, selon la région où l'amputation a pu être faite, et selon tel état anormal qui, dans certaines circonstances, peut mettre hors de service un membre encore entier, nous examinerons successivement et dans autant de paragraphes :

1° Les moyens réparateurs applicables lorsque l'amputation du pied seulement a été faite, ce qui est le cas le plus simple et celui pour lequel on est parvenu à trouver une substitution convenable;

2° Les auxiliaires prothétiques qui ont été appliqués quand l'amputation de la jambe est faite au-dessous et près du genou ;

3° Jusqu'à quel point on est parvenu à permettre l'appui et la marche, toutes les fois que la section du membre a eu lieu dans la région fémorale ;

4° Enfin, les appareils de translation relatifs aux membres paralysés.

§ Ier. — *Pieds artificiels.* — « Après l'amputation du pied par la méthode de Chopart, dit Chélius, il est très-facile d'adapter un pied artificiel (2). La plupart de ceux qui ont été proposés dans ce cas sont composés de deux portions, dont la postérieure est excavée pour ne pas comprimer la cicatrice. Lorsqu'on les a ajustées, on passe une botte ou un bas de cuir que l'on fixe au genou, (graefe) (3). Lorsque, à la suite de cette opération, le mollet est

(1) Le mécanisme étant breveté, sa description est inutile.

(2) Tout le monde sait que cette méthode consiste daus l'amputation partielle du pied dans les articulations métatarsiennes.

(3) *Narmen für die ambloeshung groesserer gliedmassen.* Berl., 1811, p. 155.

remonté, il est indispensable de fixer le pied artificiel au talon, de manière que ce dernier puisse être abaissé pour reprendre son niveau naturel.

« Lorsque l'amputation de la jambe a été pratiquée à sa partie inférieure, au-dessus des malléoles, le pied artificiel est composé d'un appareil dont on a, dans les derniers temps, varié le mécanisme.

« Nous n'insisterons pas sur les machines de Whit, Bromfield, Petit-Radel, Ravaton, Bell, Vacca-Berlinghieri, (qui ne sont qu'une modification de celle de Whit) : les unes sont trop défectueuses, les autres trop lourdes ; et, dans presque toutes, le moignon, supportant tout le poids du corps, devient en peu de temps le siége d'ulcérations qui, dans quelques cas, ont nécessité une seconde amputation (1). »

L'article du *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* (2), cité plus haut, ajoute que Sollingen, le premier chirurgien qui ait pratiqué l'amputation sus-malléolaire, inventa aussi un auxiliaire prothétique consistant en une bottine modifiée depuis par Ravaton, et qui prenait son point d'appui sur la jambe. Il arrivait que la peau et les chairs étaient retroussées, la plaie tiraillée, en sorte que la cicatrice était détruite. Plus tard, Salémi, de Palerme, prit ses points d'appui sur la partie supérieure de la jambe, sans toutefois obtenir des résultats satisfaisants.

« Ainsi la question en était là, laissant, faute d'appareils convenables, les chirurgiens indécis sur le parti à prendre dans les cas où les deux amputations étaient possibles, lorsque, en 1836, M. Mille, d'Aix, imagina une jambe artificielle qui permit à M. Goyrand de pratiquer plusieurs amputations au-dessus de la malléole. M. Mille avait senti la nécessité de disposer son appareil de telle sorte que l'amputé fût assis sur cet appareil. Le point d'appui était donc pris sur l'ischion, comme dans la *jambe des riches* d'Ambroise Paré. C'était là un grand pas fait ; mais quant au mécanisme articulaire, il y avait beaucoup à désirer, et, sous ce rapport, nous pensons (c'est toujours le journal qui parle) que nul plus que M. Martin ne s'est approché de la perfection.

« Voici de quoi se compose l'appareil de cet orthopédiste : une gaîne en cuir épais, ayant la forme d'un cône à base supérieure, et matelassée intérieurement, embrasse la cuisse de façon à prendre des points d'appui sur toute l'étendue de la surface ; par son contour supérieur, elle touche en outre à la tubérosité ischiatique, et,

(1) *Mém. sur l'amputation de la jambe*. Paris, 1829, p. 7.
(2) Paris, janvier 1844.

comme celle de M. Mille, supporte en ce point la plus grande partie du poids du corps.

« A cette gaîne se trouvent fixées latéralement deux tiges d'acier qui descendent jusqu'au genou et s'articulent à ce point, par un ginglime parfait, avec deux autres attelles qui représentent la jambe, se courbant un peu au niveau du mollet et se terminant inférieurement à un pied également articulé. La jambe est embrassée par une gaîne en cuir qui serre médiocrement le moignon et le protége contre les violences extérieures. Voilà pour la charpente générale de l'appareil. Mais ce n'est pas là ce qui nous a le plus frappé (continue le rédacteur) ; notre attention s'est portée principalement sur l'articulation du genou.

« Dans les jambes artificielles que M. Martin présenta à l'Académie en 1841, l'articulation du genou était mise en mouvement à l'aide d'un ressort complétement semblable à celui d'une batterie de fusil. Ce ressort était fixé à la partie crurale des membres, et se terminait au-dessous de l'articulation, au moyen d'une chaînette qui servait à transmettre sa puissance à la partie jambière, le tout étant disposé de telle sorte que, lorsque le membre était dans l'extension, l'appareil était fortement fixé, tandis que, dans la flexion *opérée par les muscles*, il y avait déchet du ressort et relâchement.

« C'est cet appareil que M. Blandin a mis en usage chez la plupart de ses amputés. Il s'accommode parfaitement à l'amputation sus-malléolaire ; *mais il est trop cher par cela même qu'il est trop compliqué.* Ce défaut serait donc à déplorer, s'il n'avait pas provoqué, de la part de M. Martin, des recherches qui ont concouru à faire marcher la question vers une solution désirable.

« M. Martin, après avoir étudié attentivement la disposition des ligaments du genou, a conclu de leur mode d'insertion, qu'ils avaient principalement pour but de retenir en place les surfaces articulaires pendant l'extension. Il s'est assuré de plus que les muscles extenseurs sont inactifs dans la station et que celle-ci s'opère par le seul fait de la largeur des surfaces osseuses, de leur disposition relative, et de la tension des ligaments latéraux et croisés de l'articulation. Alors il a donné à la partie crurale de son appareil la forme condylienne du fémur ; le centre de mouvement a été rejeté en arrière, en sorte que la station s'est trouvée favorisée en même temps que la flexion était rendue plus facile, puisqu'il suffit, pour qu'elle s'accomplisse, que l'amputé se porte en arrière.

« Ainsi le ressort *dispendieux* qui compliquait l'appareil est devenu inutile, et grâce à *l'économie* qui résulte de cette suppres-

sion, on peut espérer que désormais les jambes artificielles de M. Martin seront à la portée de toutes les conditions. »

Comme on vient de le voir dans l'extrait qui précède, l'étendue des surfaces articulaires du genou de l'homme, la résistance des ligaments latéraux et croisés de cette partie, sont, d'après les observations de M. Martin, les causes de la fixité du membre naturel pendant la station, les muscles extenseurs étant alors, selon lui, complétement inactifs. Tout en admettant cela comme exact pour l'instant où la cuisse et la jambe sont dans un état de rectitude parfaite, on ne peut néanmoins se refuser à reconnaître la nécessité de la puissance des muscles rotuliens, ou de toute autre force qui la remplacerait, pour empêcher la chute, quand la rencontre d'un obstacle vient à provoquer un faux pas. Qu'arriverait-il, en effet, à un membre artificiel fait d'après ce principe, et appliqué après une amputation supérieure, s'il venait à trébucher avant que l'extension fût entièrement produite? Il arriverait inévitablement qu'avant le contact des surfaces de jonction, et conséquemment avant l'appui, l'individu serait jeté par terre, malgré la précaution prise de placer le centre de mouvement fortement en arrière. Mais encore tout cela n'est relatif qu'à la station, et l'on ne trouve dans ce système, nous le répétons, rien d'actif qui puisse conduire à permettre la progression, si le membre a été retranché dans ses régions supérieures.

M. Charrière, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, a présenté aussi, en 1843, à l'Académie, une jambe artificielle ou plutôt un pied destiné aux personnes qui ont subi l'amputation à la partie inférieure du membre. Cette jambe, dit la *Gazette médicale*, est construite de manière qu'on puisse à volonté y adapter un pied ou un pilon.

On voit, en résumé, qu'il ne s'agit ici que de la substitution d'un pied quand on a fait l'amputation très-bas, et que, sans la contraction des muscles fémoraux, les mouvements des charnières du genou seraient nuls; de sorte que les appareils dont il vient d'être parlé descendraient au niveau du rôle que joue la jambe de bois. Outre cela, on ne trouve rien qui puisse s'appliquer après l'amputation pratiquée dans la région supérieure de la jambe, ou au-dessus du genou, ni dans le cas d'ankylose de cette dernière articulation.

§ II. — *Jambes artificielles proprement dites, ou moyens prothétiques appliqués après l'amputation faite au-dessous et près du genou.* — « De toutes les jambes artificielles qui ont été proposées, celles qui remplissent le plus convenablement leur but sont la jambe de

Rühl pour les amputés de la jambe, et celle de Stork pour les amputés de la cuisse (Chélius).

« La jambe de Rühl, dit Chélius, offre cela de particulier qu'elle est fixée au moignon par une lanière de cuir bouilli, large de deux travers de doigt et munie de deux crochets en cuivre; le moignon se trouve suspendu dans la cavité de la jambe, sans être soumis à aucune pression de la surface amputée.

« La partie inférieure de la jambe est unie au pied par une articulation, et les orteils sont mobiles sur ce dernier. A la partie supérieure de la jambe sont deux ailes, une de chaque côté, mobiles à l'aide de charnières, et fixées à la partie inférieure de la cuisse à l'aide d'une courroie. La jambe entière est formée de bois de chêne ; elle est creusée dans toute sa longueur : pour la creuser, on l'a fendue longitudinalement, puis collée et entourée de bas en haut d'une lanière trempée dans la colle. »

Nous nous sommes assez étendu, dans la première partie de ce travail, sur les divers systèmes qui se sont succédé, pour nous dispenser de signaler ici les imperfections de celui de Rühl.

§ III. — *Cuissarts, ou moyens de réparation quand un membre locomoteur a été retranché dans la région fémorale.* — Il serait tout aussi peu important de décrire ici tous les appareils appelés cuissarts que les jambes artificielles dont nous avons parlé d'une manière générale en citant les principaux auteurs qui se sont occupés de prothèse. Nous nous bornerons donc à rapporter ce que Chélius dit de l'appareil de Stork.

« La jambe de Stork, dit-il, est composée : 1° d'une portion fémorale formée de cuivre ou de fer-blanc et creusée pour recevoir le moignon ; 2° d'une portion qui simule le pied et les orteils. Les mouvements de ce membre artificiel se font à l'aide d'une tige en fer qui monte le long de la portion fémorale jusqu'à la crête des os des îles, et sert de point fixe à une forte lanière qui embrasse le bassin. Au-dessus de chaque épaule passe une forte bretelle qui vient s'unir en avant et en arrière à des boutons fixés à la jambe. Les extrémités de ces bretelles sont élastiques. Tout le poids du corps repose, à proprement parler, sur le bord matelassé de la portion fémorale, tandis que le moignon repose doucement sur un coussin élastique placé dans l'excavation de cette portion fémorale. »

Notre appareil locomoteur prend aussi appui sur le bassin lorsqu'il s'applique à la suite d'une amputation de la cuisse ; mais il prend en même temps un point d'appui bien autrement solide sous l'aisselle, au moyen d'une tige en acier, espèce de béquille cachée, articulée sur le cercle de la ceinture, et composée de deux

pièces engaînées de manière que l'amputé puisse en élever ou abaisser l'épaulière, selon le degré de fermeté qu'il veut obtenir.

§ IV. — *Véhicules prothétiques destinés à rendre la marche possible en cas de paralysie, etc.* — Le raccourcissement sans paralysie nous importe peu, parce qu'on y remédie par des moyens simples et connus de tout le monde; nous devrions plus spécialement nous occuper des auxiliaires ayant pour but de permettre les mouvements de translation lorsqu'il y a atrophie, faiblesse extrême ou paralysie d'un membre inférieur, s'il en existait qui fussent susceptibles de remplir avantageusement cette indication, comme peut le faire l'appareil nouveau. Nous ne doutons pas que celui-ci ne soit encore l'unique ressource pour soulager ces infirmités.

III. — *Appareil locomoteur nouveau.* — C'est en recherchant les moyens de substituer des supports mobiles aux membres amputés ou momentanément incapables de remplir leurs fonctions chez les chevaux, que nous avons conçu la première idée de travailler aux progrès de la prothèse humaine. C'est ainsi que chaque jour on voit de plus en plus se multiplier les points de contact qui peuvent et doivent exister entre les deux médecines restées trop longtemps isolées.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la base fondamentale de l'harmonie qui préside à l'ensemble des parties qui composent notre système, est dans l'appropriation d'un élément actif, mécaniquement substitué à l'action des muscles, et susceptible, en outre, de permettre à l'amputé d'en suspendre l'effet avec la promptitude de la pensée et sans devoir y toucher.

Il s'applique après toutes les amputations des membres inférieurs, ainsi que dans les cas soit de faiblesse, de paralysie ou d'atrophie, soit d'ankylose du genou.

C'est un genre de travail qui se rapporte à l'armurerie; aussi l'appareil est-il métallique, mais léger, solide, précis, facile, et, en outre, imitant exactement la nature par sa forme. Enfin il se distingue encore par une mobilité parfaite, sans jamais exposer à la chute, et, ainsi que nous l'avons déjà dit, il obéit à la volonté, quoique fonctionnant de lui-même.

L'emploi de tout objet utile à nos besoins, quelque peu compliqué qu'il soit, devant nécessairement se rapporter à des règles d'application, n'oublions pas de dire ici que l'usage de cet appareil est soumis à des principes établis et aussi faciles à acquérir qu'ils sont nécessaires, dans le commencement surtout, pour faire disparaître les habitudes qu'ont tous les amputés, telles que, par exemple, de fléchir le corps en avant à chaque pas, de ne pas embrasser une égale étendue de terrain, etc.

Une chute antérieure dont l'amputé conserverait le souvenir, ou bien le peu de confiance que lui aurait inspiré l'étui en bois jusque-là à son service, peuvent faire naître en lui de l'incertitude, de la crainte et de l'irrésolution au moment d'exécuter la marche pour la première fois, même avec l'appareil réputé le plus parfait. Cela s'explique par l'habitude contractée de ne prendre sur l'appareil qu'un appui très-court et très-léger, pendant que la jambe naturelle progresse précipitamment pour marquer un pas beaucoup plus étendu que l'espace de terrain embrassé par le support, en décrivant le demi-cercle en dehors. D'ailleurs, pour apprendre à marcher avec ses jambes naturelles, ne faut-il pas à chacun l'usage qui conduit à l'habitude? Ne voit-on pas même des personnes adultes convalescentes, ou qui n'ont pas marché depuis longtemps, devoir recommencer en quelque sorte l'apprentissage du jeune âge? A plus forte raison faut-il se familiariser avec les fonctions d'un mécanisme artificiel mobile, appliqué le plus souvent pour remplacer des organes perdus depuis longtemps, et dont la privation mal réparée a dû produire les faux mouvements dont nous avons parlé.

Rien de plus facile à acquérir en quelques leçons que les principes nécessaires pour apprendre à se servir de notre appareil locomoteur. Ces principes se succèdent de la manière suivante:

1° Station et mouvements exécutés en place;

2° Marche;

3° Volte-face;

4° Action de s'asseoir et de se lever, et 5° action de monter et de descendre des escaliers.

Cet appareil, n'étant pas compliqué, ne sera pas non plus d'un prix élevé lorsqu'il appartiendra au domaine public, puisque le plus parfait, fabriqué avec luxe, ne saurait guère dépasser la valeur d'un fusil de chasse ; et certes on peut donner à la nécessité, dans ces limites-là, ce que l'on ne refuse pas aux plaisirs.

C'est surtout dans l'intérêt des classes pauvres ou peu aisées de la société qu'il serait à désirer que cette invention, maintenant brevetée, ne restât pas ainsi monopolisée ; mais comment pourrait-on parvenir à faire participer également tout le monde aux bienfaits de l'objet qui la constitue, sans préjudice pour sa parfaite confection ? Un moyen paraît tout simple, le voici : 1° faire cesser le privilége de l'auteur par une rémunération basée sur le chiffre des populations, et 2° faire exécuter l'appareil dans les manufactures d'armes. Il serait d'ailleurs humain et juste qu'à côté de la fabrication des instruments de destruction, on préparât des moyens de réparation. Les hôpitaux militaires, les hospices, les institu-

tions de bienfaisance et tout le monde, trouveraient cet auxiliaire consolateur à leur portée, et le bienfait de la découverte, devenu universel, aurait conduit à un résultat quelque peu profitable à l'inventeur. Outre cette voie d'économie, l'appareil du prolétaire offrirait tous les avantages de celui du riche, car il n'en diffèrerait jamais par le manque de solidité et de précision, défaut ordinaire des objets fabriqués par l'industrie privée, c'est-à-dire en exploitation particulière où la concurrence, libre et exempte de tout contrôle, provoque des raffinements qui peuvent être préjudiciables à la perfection du travail, en augmentant les profits.

Voilà du moins un moyen qui permettrait de mettre ce progrès à la portée de tout le monde, pour adoucir le sort le plus malheureux, l'existence la plus triste, et dont aucun âge n'est exempt, pour soulager enfin une infortune pénible à voir, plus pénible encore à supporter, et qui a fait trop longtemps le désespoir de l'art et de l'humanité souffrante.

Coup de feu dans la région orbito-frontale du côté droit, sans commotion ni lésion cérébrales; recherches inutiles pour trouver le projectile; guérison, malgré le séjour probable de ce dernier dans la blessure; par le docteur J.-R. Marinus, membre titulaire.

Les annales de la chirurgie renferment des exemples de plaies par armes à feu, dans lesquelles le projectile, laissé dans la partie blessée d'où il n'avait pu être extrait, y est resté impunément, sans entraver la marche de la guérison et sans produire le moindre accident. Aussi les auteurs donnent-ils le précepte d'abandonner la balle au fond de la plaie, plutôt que d'user de violence pour l'en retirer, surtout si elle s'est logée dans un organe important et où des manœuvres d'extraction ne pourraient être entreprises sans exposer à de graves dangers. Le fait suivant, que nous avons récemment observé, vient confirmer cette manière de voir.

Madame Jas, âgée de 36 ans, grêle, de stature moyenne, tempérament bilioso-sanguin, tient un établissement de tir au pistolet, rue du Théâtre, faubourg de Laeken. Le 22 octobre 1846, elle était debout près du poêle, lorsque, par l'effet d'une imprudence, elle reçut, à la tête et presque à bout portant, la charge d'un pistolet de tir. Appelé immédiatement après l'événement, nous constatons que la balle a pénétré au-dessus de l'œil droit, à travers la partie moyenne de l'arcade orbitaire, et qu'elle a dû s'enfoncer dans l'orbite, entre la voûte orbitaire et le globe oculaire.

La plaie, d'environ deux centimètres, est inégale et renfoncée. Une hémorrhagie peu abondante a lieu par les parties lésées et

par les fosses nasales. Les paupières et le côté droit de la face sont tuméfiés et fortement ecchymosés. Le globe de l'œil est resté intact, mais du sang est épanché dans son intérieur. La conjonctive est aussi ecchymosée et forme un bourrelet sur la cornée. Immobilité de la pupille, perte de la vue. Aucun symptôme de commotion ni de lésion cérébrales ; la blessée, qui était debout au moment où elle reçut le coup, n'a pas même chancelé ni perdu connaissance.

Nous procédâmes à des recherches minutieuses pour découvrir le siége du projectile. Une sonde mousse fut facilement introduite dans la plaie et se dirigea perpendiculairement, d'avant en arrière, vers le fond de l'orbite ; portée avec précaution dans tous les sens du trajet de la blessure, elle ne nous donna aucun indice sur la position du corps étranger : nous trouvâmes bien de la crépitation ; mais elle était évidemment produite par le contact de l'instrument avec des surfaces osseuses. En imprimant à la sonde un mouvement de dedans en dehors, son extrémité mousse parvint facilement vers l'apophyse orbitaire externe qui était mobile et par conséquent fracturée ; mais elle ne nous fournit aucun signe de la présence du projectile de ce côté.

Nos investigations ayant été infructueuses, nous pensâmes que par un de ces mouvements que Dupuytren a appelé *balles en retour*, lorsque celles-ci viennent à frapper une surface concave, il eût bien pu se faire que la balle fût sortie de la plaie. Nous la cherchâmes, mais vainement encore, dans toutes les parties de la chambre où l'événement s'était passé, ainsi que dans les vêtements de la blessée. Nous nous fîmes alors présenter l'arme avec laquelle le coup avait été porté : c'était un pistolet de tir ; nous interrogeâmes la personne qui l'avait chargé, à l'effet de savoir s'il contenait réellement une balle ; il nous fut répondu affirmativement, et pour mieux nous en convaincre, on ajouta que jamais on ne se servait de bourre pour charger les armes.

Nous résolûmes alors d'abandonner nos recherches, et nous fîmes le pansement suivant : application sur la plaie d'un linge fenêtré enduit de cérat, et par-dessus, un plumasseau de charpie ; des compresses imbibées d'eau froide sur le front et la tête, avec injonction de les mouiller très-fréquemment avec ce liquide ; coucher dans une position horizontale, la tête élevée par des oreillers ; potion calmante ; eau de tilleul pour boisson.

Le 23 octobre, la malade a peu souffert pendant la nuit ; le gonflement des paupières et du côté droit de la face est augmenté ; fièvre. Un confrère, M. Pierard, nous est adjoint en consultation : d'un commun accord, il est décidé qu'on renoncera à de nouvelles

tentatives pour extraire le corps étranger, par la raison qu'elles seraient plus dangereuses qu'utiles. (*Même traitement que la veille.*)

Le 24, l'état de la malade et de la blessure est à peu près le même. (*Mêmes moyens.*)

Le 25, le gonflement des parties est un peu augmenté ; la douleur est presque nulle ; la suppuration commence à s'établir par la plaie ; la fièvre traumatique a diminué d'intensité. (*Mêmes moyens.*)

Le 27, la suppuration devient plus abondante ; aucun symptôme de lésion au cerveau. Nouvelles et vaines tentatives pour trouver le projectile ; nous parvenons seulement à extraire quelques petites esquilles osseuses. En ouvrant les paupières, nous constatons que la rétine reste toujours insensible à la lumière ; la pupille dilatée laisse voir derrière elle du sang extravasé sous la forme d'un amas semi-lunaire. Quelques grains de poudre sont implantés dans la conjonctive. Le gonflement de la face diminue ; cette partie ainsi que le globe oculaire sont jusqu'à présent préservés de l'inflammation ; ce que nous attribuons en grande partie à l'application constante de l'eau froide. (*Même pansement, diète, boissons rafraîchissantes, bouillon léger.*)

Ce traitement, continué avec persévérance jusqu'au 6 novembre, amena une amélioration sensible. La suppuration de la plaie était bien établie et de bonne nature ; le gonflement des paupières, de la conjonctive et de la face était considérablement diminué et marchait rapidement vers la résolution ; seulement l'articulation temporo-maxillaire du côté affecté était le siége d'une roideur qui rendait l'abaissement de la mâchoire inférieure impossible. L'épanchement oculaire disparaissait aussi par la résorption du sang extravasé. Nous supprimâmes alors les applications d'eau froide, et nous pansâmes simplement la plaie avec un linge fenêtré enduit de cérat recouvert d'un plumasseau de charpie sèche ; le tout maintenu par quelques tours de bande médiocrement serrés. Nous permîmes l'usage d'une nourriture légère et en petite quantité, et nous prescrivîmes en outre un laxatif doux pour empêcher la constipation habituelle de la malade.

A l'aide de ces moyens, la blessure a été de jour en jour s'améliorant ; la résolution du gonflement des parties environnantes s'est opérée sensiblement. La plaie a diminué graduellement de grandeur, ses bords se sont renfoncés ; la suppuration a entraîné quelques petites esquilles osseuses et s'est tarie, de sorte que tout fait présumer que son fond s'est cicatrisé ; et au 29 décembre, il ne restait plus qu'une très-petite ouverture à peine perceptible, par

où s'écoulait chaque jour un peu de liquide séreux. L'œil était revenu à son état normal, mais la pupille était restée insensible à la lumière, et la vue, de ce côté, complétement abolie ; ce qui confirme l'idée que nous eûmes, dès le premier abord, que le nerf optique a été lésé profondément par le projectile. On n'apercevait plus de traces de la fracture de l'apophyse orbitaire externe; mais la roideur de l'articulation temporo-maxillaire persistait, quoique moindre.

Ce fait nous a paru assez intéressant et assez rare pour être communiqué à l'Académie. N'est-il pas extraordinaire, en effet, qu'une balle, lancée par un pistolet d'une portée ordinaire, se soit arrêtée dans la région orbitaire et n'ait point traversé le crâne? N'est-il pas aussi remarquable que le projectile, qui s'est dérobé à nos recherches, n'ait pas provoqué par sa présence des accidents inflammatoires? Mais ce qui paraîtra plus étrange encore, c'est qu'il nous a été impossible de savoir le lieu précis où s'est logée la balle, et que rien, dans le cours du traitement, n'a dénoté sa présence. C'est là une preuve de plus de l'innocuité de ces sortes de corps étrangers dans certaines parties du corps; c'est un fait de plus à ajouter à ceux que rapportent les auteurs. Nous avons cru sentir pendant quelque temps la balle, à travers les parties molles, dans la région massétérienne, au-dessous de l'arcade zygomatique; mais nos présomptions ont cessé à mesure que disparaissait la tuméfaction des parties : notre idée première a été qu'elle pouvait occuper le fond de l'orbite, et ce qui nous confirmait dans cette opinion, c'est la perte de la vue, résultat inévitable d'une lésion du nerf optique. Il ne serait pas impossible non plus, croyons-nous, que ce corps étranger se fût logé dans un os spongieux, comme l'éthmoïde, dont une des surfaces forme, comme l'on sait, une partie de la paroi interne de la cavité orbitaire.

Notre conduite a-t-elle été rationnelle dans ce cas ? Nous le pensons. Nous avons cru, et nous sommes encore de cet avis, qu'il valait mieux laisser le corps étranger à lui-même, que de faire de nouvelles explorations et de renouveler des tentatives d'extraction plus dangereuses que la balle elle-même, dans une partie si voisine d'un organe important et si susceptible d'être envahie par l'inflammation. Si notre traitement avait besoin d'être appuyé d'autorités compétentes, nous citerions, parmi les modernes, le célèbre Boyer, qui dit qu'en pareille circonstance on peut abandonner le projectile dans la plaie, sans en concevoir trop d'inquiétude ; « car, ajoute-t-il, de nombreuses observations ont fait voir qu'il y a en général moins de danger à laisser une balle au fond d'une plaie, qu'à user de trop de violence pour la retirer. On a

cru que les balles enclavées dans les os faisaient une exception à cette règle ; mais des observations authentiques prouvent que des balles qu'on avait laissées dans les os y sont restées sans causer d'accidents, et même sans nuire à la cicatrice et sans causer d'incommodités (1). » Nous invoquerions aussi l'autorité de M. Marjolin qui s'exprime ainsi : « S'il est vrai qu'un projectile resté dans la partie blessée soit souvent une cause d'accidents très-graves, quelquefois aussi il y reste impunément, et même dans des organes importants. Une femme de 24 ans, abandonnée de son amant, se rend dans la forêt de Saint-Germain, et se tire successivement dans la bouche trois coups de pistolet de poche ; une balle passe dans les fosses nasales ; la seconde dans la langue ; la troisième traverse le larynx et va se loger dans la région occipitale. Il survient beaucoup de douleur, un gonflement considérable, de la dysphagie et une fièvre violente. La malade fut soumise à un traitement antiphlogistique actif, à l'usage des émollients, etc. ; et elle sortit guérie de l'hôpital Saint-Louis, *sans qu'aucune des balles eût été extraite* (2). »

Nous soumettons, au reste, le fait à l'appréciation de nos honorables collègues, et nous pensons qu'ils le jugeront, comme nous, digne d'être publié.

(1) *Traité des Maladies chirurgicales*, tom. I, p. 262, édition de Bruxelles.
(2) *Dictionnaire de Médecine*, en 21 volumes, tom. XVII, p. 31.

MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

AVRIL. 1847.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	°			
1	744,35	+ 3,2	+ 9,2	+ 1,7	89,5	0,38	ENE.-SO.-S.	Nuageux le matin, très-beau le soir ; froid.
2	737,99	+ 8,2	+ 9,1	+ 3,2	85,5	0,07	SE.-NO.	Couvert.
3	740,32	+ 4,2	+ 7,0	+ 0,1	87,5	5,35	OSO.	Nuageux, très-beau le soir.
4	749,05	+ 2,6	+ 8 0	— 0,5	90,5	0,25	SO.-SSO.	Beau le matin, sombre l'après-midi.
5	749,39	+ 4,3	+ 9,3	+ 2,5	97,0	3,05	SSO.-SO.	Pluie par intervalles.
6	749,55	+ 5,7	+ 9,1	+ 3,1	93,5	9,55	SO.-NO.	Temps d'équinoxe, giboulées.
7	752,26	+ 8,1	+11,3	+ 3,2	96,5	1,27	SO.-ONO.	Constamment couvert.
8	750,29	+ 8,3	+10,5	+ 6,3	95,0	4,46	SO.	Pluvieux, grand vent.
9	748,63	+ 7,1	+10,9	+ 5,4	76,0	4,20	O.	Nuageux, variable, averses, grand vent.
10	753,38	+ 7,2	+10,5	+ 3,4	85,5	1,27	O.-ONO.	Nuageux, incertain ; beau le soir.
11	757,46	+ 7,5	+12,4	+ 1,2	83,5	»	NO.-OSO.	Assez beau.
12	751,62	+ 9,4	+14,3	+ 6,3	91,5	0,13	S.-SO.-ONO.	Couvert, sombre.
13	752,39	+ 7,2	+11,3	+ 3,1	99,0	3,56	O.-NNE.	Pluie le matin ; nuageux le reste de la journée.
14	754,88	+ 5,5	+ 9,3	+ 0,6	79,0	»	ENE.-N.	Assez beau, froid le soir.
15	749,15	+ 4,3	+ 7,2	+ 0,6	84,5	0,89	NO.-NNE.	Temps froid, grêle, giboulées, vent.
16	755,08	+ 3,2	+ 6,3	— 1,0	80,0	1,40	NNE.-N.	Temps froid, giboulées, neige.
17	752,54	+ 4,4	+ 6,8	+ 0,1	81,5	0,25	NNE.-NNO.	Assez froid, nuageux.
18	750,73	+ 4,1	+ 6,1	+ 1,5	83,5	»	NO.-ONO.-O.	Gris, vent désagréable ; pluie le soir.
19	749,24	+ 4,7	+ 9,1	+ 1,6	93,0	5,48	ONO.-O.	Pluvieux le matin, nuageux après midi, se découvre le s.
20	755,72	+10,3	+12,3	+ 1,3	76,0	1,15	SSE.-ENE.	Beau, assez doux.
21	756,88	+ 9,6	+14,5	+ 2,3	76,5	»	ENE.-NNE.	Beau, agréable.
22	758,50	+ 6,2	+10,5	+ 2,5	85,0	»	NE.	Assez beau.
23	757,82	+ 4,9	+ 9,5	+ 3,7	91,0	»	NNE.-NE.	Sombre, s'éclaircit le soir.
24	757,36	+ 7,8	+11,7	+ 2,1	83,5	»	NNE.	Beau.
25	758,22	+ 8,6	+13,1	+ 1,3	75,5	»	NNE.-O.	Beau.
26	757,22	+12,8	+15,2	+ 3,4	68,0	»	SSO.-SO.	Couvert, grand vent, pluie par intervalles.
27	751,79	+10,9	+15,2	+ 6,7	94,0	1,02	SO.-OSO.	Couvert le matin, s'éclaircit dans la journée ; venteux.
28	754,23	+10,8	+13,6	+ 5,7	81,5	1,91	SO.	Venteux, bourrasques mêlées de pluie.
29	747,54	+ 9,9	+14,0	+ 4,4	76,5	5,86	SSO.-OSO.-SO.	Nuageux et venteux le matin, beau le soir.
30	750,26	+10,8	+13,2	+ 5,5	82,5	0,38	SO.	Assez beau mais incertain ; un peu de pluie.

MÉLANGES.

EXCURSION MÉDICALE A LONDRES.

Nous parlons bien souvent des Anglais et nous ne les visitons guère ; ils ont sur nous l'avantage d'avoir étudié notre pays. Il est bon d'aimer la France avant tout, mais encore faut-il la préférer en connaissance de cause ? S'isoler, c'est s'affaiblir. Pourquoi ne pas chercher à s'enrichir de l'expérience d'autrui ?

Voir Londres est aujourd'hui facile. Strasbourg est le point de la France le plus éloigné de la mer, et cependant, pour nous surtout, ce voyage est agréable et prompt. Le Rhin et les chemins de fer vous portent en Belgique ; gardez-vous d'Ostende, tournez brusquement à gauche, embarquez-vous à Boulogne ou à Calais. En deux heures, vous êtes à Folkstone, en une heure et demie à Douvres si vous avez pour vous le vent et un navire bon marcheur.

La question de temps est ici d'une haute importance ; on tient à se confier le moins possible à cet océan toujours en courroux. Que le médecin ne croie pas utiliser sa traversée en faisant des observations sur le mal de mer. Sous l'influence de ses cruelles étreintes, il redevient un simple mortel ; affaissé, démoralisé, il regrette d'avoir été assez fou pour quitter la terre ferme ; insensible au magnifique spectacle qui l'entoure, il ne voit pas les rivages de la France qui s'enfuient dans le lointain, et les côtes d'Angleterre qui se dressent devant lui comme des remparts brillants et couverts de neige. On dit que, dans cet état étrange, on se laisserait jeter à la mer sans résister ; j'avoue m'être posé la question et l'avoir fermement résolue par la négative. J'ai essayé, à l'aller et au retour, les deux systèmes prophylactiques qui comptent le plus de partisans ; les résultats ont été les mêmes : assis sur le pont, au centre du bateau, ou couché, les yeux fermés, dans la cabine, on se sent peu à peu envahi par ce terrible malaise, qui devient irrésistible quand la mer houleuse agite plus violemment le navire.

Enfin on touche le sol de l'Angleterre. On n'est pas assailli, comme en France, par ces employés, fort polis du reste, qui vous tiennent en charte privée jusqu'à ce qu'on ait produit son passeport. La douane seule ne perd par ses droits, mais elle en use avec magnanimité ; elle ne taxa aucun de mes livres, pas même un dictionnaire anglais imprimé à Paris. C'est, m'a-t-on dit, une tolérance tout exceptionnelle.

Si l'on arrive à Douvres assez à temps pour prendre l'express-train, en deux heures et demie on est à Londres ; il faut quatre heures un quart lorsqu'on part avec le commun des martyrs. La vitesse est un objet de luxe et qui se paye cher ; les convois-poste

n'ont que des voitures de première classe dont le prix ordinaire est encore augmenté.

Si les Anglais ont une crise à l'occasion de leurs chemins de fer, ils s'en consolent au moins en profitant de leurs folies ; il n'est aucun point de leur île qui ne possède aujourd'hui cette précieuse voie de communication. Nous avons aussi notre crise dans laquelle les chemins de fer entrent, dit-on, pour quelque chose ; mais c'est apparemment l'intention d'en construire qui nous a été fatale, car nous sommes bien pauvres en comparaison de nos voisins.

Quelle agitation, quel bruit étourdissant quand on arrive à huit heures du soir à la station du pont de Londres ! C'est un mouvement qui dépasse tout ce qu'on a vu ailleurs. L'imagination n'a pas besoin d'y aider ; on se sent en présence de la plus grande ville de l'univers.

Londres étonne par son aspect monumental, par son étendue qui s'accroît de jour en jour, par la largeur et la régularité de ses rues, par le mouvement incroyable des voitures qui y circulent avec rapidité et dans le plus grand ordre, par cette population active, silencieuse, ayant l'apparence de la santé et de l'aisance, qui se presse en nombre égal dans les quartiers les plus éloignés. Cette Tamise chargée de navires, ces docks plus grands et plus peuplés que nos ports, ce tunnel, défi téméraire jeté à la nature, qui porte sur ses voûtes humides le fleuve et ses mille vaisseaux, ces parcs immenses avec leurs bois et leurs lacs, entourés de palais, ces richesses du monde accumulées dans de splendides magasins, cette merveille de l'art gothique récemment élevée près du pont de Westminster, quatre ou cinq faits principaux et caractéristiques forcent l'admiration et font profondément réfléchir sur la grandeur de la nation anglaise.

Londres, sous bien des rapports, est inférieur à Paris ; mais il y a dans la capitale anglaise une grandeur sérieuse et forte que la nôtre ne présente pas.

Partout des monuments qui rappellent les malheurs de la France ; partout l'image de la France abattue : deux noms, deux noms seuls font les frais de ces démonstrations orgueilleuses ; les rues, les ponts, les édifices, les enseignes les reproduisent à profusion : le partisan le plus décidé de l'alliance anglaise a peine à conserver ses dispositions pacifiques en présence de ce défi jeté de toute part à sa nation. Une salle du château de Windsor réunit les portraits de tous les ennemis de la France ; on y voit avec combien de peuples l'Angleterre doit partager sa gloire ; que lui restera-t-il si elle rend à chacun d'eux la part qui lui revient ?

Malgré cette manifestation de l'esprit public, l'impartialité com-

mande de dire que la qualité de Français ne nuit nullement dans ce pays. L'hospitalité britannique est cordiale et sincère ; elle ne se borne point à de simples protestations ; recommandé à un Anglais, on peut compter sur lui. Jamais je n'oublierai la bienveillance affectueuse que m'ont témoignée M. le docteur Reid, membre du collége des médecins, professeur d'accouchement dans un des hôpitaux de Londres, M. le docteur Guy, membre du même collége, professeur du Kings-College, l'un des hommes qui cultivent en Angleterre la médecine légale avec le plus de succès (1). Mis en rapport avec eux par l'amitié dévouée d'un compatriote établi à Londres, j'ai pu, grâce à leur concours, visiter plusieurs établissements scientifiques. L'accès de ces établissements n'est pas largement ouvert comme à Paris ; il faut absolument un introducteur ; mais quand on l'a trouvé, toutes les difficultés s'aplanissent, les rapports avec les hommes sont plus faciles encore et plus fructueux.

On ne doit point chercher à Londres d'établissement d'instruction médicale grandiose, unique, concentrant sur lui les ressources du pays et en rapport avec sa richesse. En France, tout est régulier, organisé sur un plan général et sous la main du gouvernement. En Angleterre, l'Etat n'est pour rien dans les institutions de ce genre ; l'instruction médicale, née d'un besoin, s'est créée et organisée d'elle-même, irrégulière, mais vivace, indépendante, ayant en elle son principe d'action. Le *self-governement*, dans toute sa pureté, avec sa vitalité et son désordre apparent, est appliqué à la constitution de l'instruction médicale.

Le génie différent des deux nations s'exprime d'une manière bien évidente dans cette organisation de l'instruction publique ; que les Anglais nous prennent de notre centralisation, de notre esprit net et amoureux de l'unité, qu'ils nous donnent de leur sève, de leur bon sens pratique, de leur esprit d'ordre, et on verra des deux côtés du détroit des résultats bien supérieurs à ceux qui se produisent aujourd'hui.

En Angleterre, le corps enseignant est distinct de celui qui donne les grades ; un troisième élément, la corporation, qui seule accorde le droit de pratiquer, vient encore augmenter la complication.

Il y a quatre ou cinq ans à peine que l'on reçoit des docteurs à Londres. L'Université de Londres se compose de professeurs de l'University College, du Kings-College ou d'autres établissements. Quoique de création récente, les titres qu'elle accorde ont déjà une

(1) Principles of forensic medicine, by W. O. Guy, fellow of the royal college of physicians, professor of forensie medecin *Kings-Colleg*, etc.

grande valeur. Oxfort et Cambridge vivent de leur antique renommée et par la protection toute spéciale de l'Eglise dominante, dont les membres seuls peuvent y étudier. Les études médicales y sont presque sans valeur, la collation des grades y coûte un prix exorbitant. La plupart des Anglais vont se faire recevoir à Edimbourg, à Dublin ou sur le continent. Le titre de docteur, quel que soit l'Université qui le délivre, suffit en Angleterre pour être admis aux examens pratiques. C'est un fait de notoriété publique à Londres que des titres de ce genre ont été quelquefois achetés en Allemagne. On cite deux Universités qui se seraient livrées à ce coupable trafic.

L'enseignement médical est donné dans les hôpitaux de Londres. Chacun des grands hôpitaux (Guys-, Thomas-, Bartholomews-, London-Hospital, etc.) possède une école de médecine, qui s'est organisée d'elle-même, qui vit des ressources que lui fournissent les souscriptions particulières, les donations, les rétributions des étudiants. Ces écoles n'ont aucune relation entre elles. Le gouvernement ne s'en occupe pas ; elles sont sous la dépendance de l'administration de l'hospice. Rien n'a été épargné pour les doter d'un matériel convenable : laboratoires pour les écoles pratiques, salles de dissection, amphithéâtres, bibliothèques, salles d'étude, collections d'instruments, musée d'anatomie pathologique, tout y est réuni. Les musées forment une des richesses les plus réelles de Londres ; trois ou quatre d'entre eux, ceux de Guy's-Hospital, du collége des chirurgiens, de Bartholomews-Hospital, égalent ce qu'on peut voir de plus complet en ce genre ; on n'a à leur opposer en France que la collection d'anatomie pathologique de Strasbourg.

Les médecins de ces hôpitaux, nommés par l'assemblée générale des principaux souscripteurs, sont en même temps professeurs de l'école ; ils sont rétribués par les élèves qui suivent leurs cours et leurs visites. Un professeur qui a de la réputation peut facilement retirer de son enseignement un millier de livres ; l'élève donne de 3 à 8 guinées pour un cours, de 15 à 20 pour assister à la visite d'un médecin et exécuter ses prescriptions (*physicians-pupil*), de 25 à 50 pour suivre la pratique du chirurgien, comme externe ou comme interne (*surgeons-pupil* ou *surgeons-dresser*).

Une douzaine de cours au moins sont faits dans chaque hôpital ; ils embrassent les parties les plus importantes de la science, envisagée surtout sous le point de vue de l'application. Certaines branches y figurent qui ne sont pas enseignées dans nos écoles, telles que la médecine dentaire ; mais en général leur programme est beaucoup plus restreint que celui de nos Facultés françaises.

L'annexion de l'école à l'hôpital a eu une influence immense sur

la nature et sur la direction de l'enseignement. Les études sont devenues surtout pratiques ; l'élève anglais ne perd jamais les malades de vue; la théorie est subordonnée à la clinique, et ici encore l'élève doit s'instruire lui-même par l'inspection du malade plus encore que par les leçons du maître. On le met en présence de la nature; qu'il apprenne à lire dans les faits. S'occupant plus de son observation propre que des idées d'autrui, le professeur cherche à faire des artistes plutôt que des savants, et il se développe lui-même plus librement dans son individualité. En médecine comme ailleurs, l'Anglais a son type caractéristique.

On doit être circonspect en critiquant les institutions d'un pays qui a fourni à la médecine les grands noms de Harvey, de Sydenham, de Hunter, de Cooper, et qui a enrichi la science de tant de découvertes brillantes. Mais n'a-t-on pas le droit de se demander si, en concentrant tant de ressources sur deux ou trois grandes écoles, on n'aurait pas obtenu des résultats plus remarquables encore.

Ne doit-on pas regretter l'absence à Londres d'une grande école de médecine, magnifiquement dotée et réunissant les hommes les plus illustres du pays. Cette idée peut paraître bien française, elle a cependant été accueillie par nos voisins; la centralisation leur manque comme à nous l'instinct du self-governement. Ils sentent cette lacune; ils ont fait dans ces dernières années de puissants efforts pour la combler.

Deux établissements, le collége de l'Université (*London-University-College*) et le collége du roi (*Kings-College*), ont été fondés, l'un en 1826, l'autre en 1831, pour réaliser cette centralisation de l'instruction publique. Ce sont de véritables Universités dans le sens français du mot ; ils comprennent non-seulement l'instruction supérieure, la médecine, le droit, les sciences, mais encore ce que nous appelons l'instruction secondaire, les études littéraires et classiques. Ces colléges n'ont pas le droit de conférer des grades ; ce sont des établissemnnts privés, soutenus par des souscriptions particulières.

Ces deux établissements sont rivaux : l'un a été fondé par les wighs et par les dissidents; l'étude de la théologie en est exclue; l'autre, le Kings-College, est sous le patronage plus direct de l'aristocratie anglaise ; il a la reine pour protectrice; il compte parmi ses hauts dignitaires les membres les plus éminents du clergé anglican. Dans les deux colléges, la médecine est une des branches dont l'enseignement a le plus d'importance et d'éclat.

M. le docteur Guy, médecin et professeur de médecine légale du Kings-College, a bien voulu me montrer dans tous ses détails ce

magnifique établissement. Il est situé au centre de Londres, à l'entrée du Strand, à côté du palais de Sommerset-House dont il forme le digne pendant. On ne peut trop admirer les vastes proportions de cet édifice, la grandeur des cours, des escaliers et des salles, et la distribution intérieure si bien appropriée à sa destination. Bibliothèque, salles d'études, amphithéâtres, musée d'anatomie, collection de matière médicale, cabinet de physique, laboratoire de chimie pour les travaux des élèves, salles de dissection sous les voûtes du rez-de-chaussée du côté de la Tamise, rien ne manque à l'organisation de l'école de médecine. Une des faces de l'édifice donne sur le fleuve; dans une des salles de cours, l'élève découvre de son banc le magnifique spectacle de la Tamise, la rue la plus vivante de Londres, sans cesse sillonnée par des bateaux à vapeur. Quel que soit le talent du professeur, il me semble bien difficile qu'il lutte avec succès contre la magie d'une pareille distraction.

Une partie des cours se fait au Kings-College même ; l'enseignement pratique se donne dans un hôpital qui lui appartient. Ici, je l'avoue, je fus bien trompé dans mon attente. Au milieu de rues étroites, non loin du Lincolfis-inn-nelds, s'élève un bâtiment à trois étages, triste et sombre, précédé d'un cimetière que les malades longent en entrant. C'est l'hôpital du Kings-College, bien peu digne de cette grande institution. Je visitai quelques salles; elles contiennent de quinze à vingt lits, elles ne sont ni assez hautes ni assez larges, quelques-unes n'ont de fenêtres que sur une seule face. Il est juste de dire que la plus grande propreté y règne; c'est le seul éloge qu'on en puisse faire; mais il n'est pas de soins qui contrebalancent des dispositions aussi défectueuses. M. le docteur Guy me déclara sans détour que cet hôpital était un pis-aller provisoire, qu'on devait très-prochainement le détruire pour le reconstruire sur un plan meilleur. Reconstruire un hôpital, cette seule idée suffit en France pour agiter une ville, troubler un conseil municipal, effrayer tous les degrés de l'administration, jusqu'à ce que d'enquête en enquête le projet soit étouffé sous des monceaux de papier. En Angleterre, quand l'utilité d'une chose est reconnue, on se décide vite, et on se met à l'œuvre plus promptement encore. Soit, dira-t-on, nous ne demanderions pas mieux d'en faire autant en France, mais l'argent ! la bonne volonté ne le remplace pas. Ici l'argent ne manque à aucune œuvre de bienfaisance ; on ouvre une souscription, et bientôt elle est remplie de manière à suffire aux plus importantes créations.

J'arrivai à l'hôpital du Kings-College au moment de la visite des *out-patients*, malades venant du dehors. Les consultations gratuites de nos hôpitaux ne peuvent donner une idée du développement que

ce genre de service a pris à Londres. Le rez-de-chaussée de l'édifice était encombré de malades ; les élèves assistent à ces consultations qui forment une partie des études cliniques ; on prescrit et on délivre gratuitement les médicaments dans l'hôpital même. Les *out-patients* sont reçus pour la première fois tous les jours, puis ils ne peuvent se représenter qu'au jour de la visite du même médecin. La population pauvre de Londres préfère autant que possible la consultation de l'hôpital à la visite à domicile, quoiqu'un service de ce genre soit organisé dans chaque quartier. L'orgueil du pauvre a de la répugnance à laisser voir la misère de ses tristes foyers.

L'hôpital fondé par Guy (*Guys-Hospital*) possède une des écoles de médecine les plus célèbres de Londres. Cet hôpital a été enrichi par une donation de Hunter (200,000 livres sterl.) ; il a été illustré par la pratique de Cooper. Parmi les médecins qui y professent aujourd'hui, je citerai M. Taylor, connu par ses travaux en médecine légale. M. le docteur Reid m'introduisit dans cet hôpital en me recommandant à M. le docteur Gull, professeur de physiologie et directeur du musée. Une recommandation anglaise ne s'affaiblit pas en se propageant. Ici encore je rencontrai la bienveillance la plus grande unie à un profond savoir, et je pus visiter dans ses détails cet important établissement.

L'hôpital de Guy n'a pas l'aspect monumental de son voisin et suzerain le Thomas-Hospital, qui lui a cédé pour neuf cent quatre-vint-dix-neuf ans, moyennant une redevance annuelle de 30 livres, le terrain sur lequel il est bâti. Cet hôpital n'en est pas moins un des plus grands de Londres. Au centre d'un quartier populeux, trop dominé par les maisons voisines, il peut contenir cinq ou six cents malades ; trois ou quatre mille individus y sont soignés chaque année, et près de soixante-dix mille *out-patients* viennent à sa consultation. Sa dépense annuelle est d'environ 23,000 livres.

Véritable établissement de bienfaisance, cet hôpital est ouvert chaque jour aux individus de tout état, de toute religion, de tout pays. La maladie est le billet d'admission. Il n'en est pas de même d'autres hôpitaux anglais, où les malades ne sont reçus que certains jours, deux ou trois fois par semaine, sur la recommandation d'un des gouverneurs (souscripteurs à 30 livres par an). Il faut reconnaître que le système de libre admission devient aujourd'hui de plus en plus général. J'ai vu sur la Tamise, près de Greenwich, un vaisseau à trois ponts transformé en hôpital, et portant cette inscription : *Aux marins de tous les pays.* J'admirais cette œuvre philanthropique, lorsque tout à coup j'ai pensé aux pontons sur lesquels ont gémi tant de malheureux Français. Il faut bien des

actes de bienfaisance pour expier ces crimes de lése-humanité.

Les salles de l'hôpital Guy contiennent de seize à vingt-quatre lits placés sur deux rangs ; elles sont larges, percées de fenêtres sur deux faces, mais elles n'ont pas assez d'élévation. Cet inconvénient est en grande partie compensé par l'espacement des lits qui sont bien plus éloignés les uns des autres que dans les hôpitaux du continent. Ces lits ont une largeur qui paraît excessive ; ils sont beaucoup trop bas : cette disposition doit rendre l'examen des malades très-incommode. Ils sont tous garnis de rideaux ; mais ces rideaux ne sont pas comme ceux de France qui emprisonnent tout le lit et le transforment en alcôve ; attachés à un ciel d'un petit diamètre, ils n'environnent que la tête du malade : c'est assez pour l'isoler sans cependant intercepter l'air. L'Anglais tient avant tout à être chez lui ; et même dans l'asile que la bienfaisance lui ouvre, il aime à retrouver quelque chose de l'indépendance de la vie privée. Au milieu de chaque salle, une large cheminée contient un feu de charbon de terre ardent et bien nourri ; c'est infiniment plus gai que nos poêles lourds et sombres; c'est une distraction pour les malades ; c'est un foyer domestique auquel ils viennent s'asseoir. Ce mode de chauffage est le plus usité ; les médecins le préfèrent de beaucoup au chauffage uniforme par les calorifères, par l'eau chaude ou par la vapeur. Il est des hôpitaux cependant où ces moyens sont en usage, soit seuls, soit réunis aux foyers.

Je n'ai point vu de système particulier de ventilation ; dans quelques salles, une ventouse était pratiquée à la partie supérieure. Nous ventilons par les foyers, par les fenêtres et par les portes, m'a-t-on dit. C'est l'aération dans sa simplicité primitive; mais elle réussit : que peut-on désirer de plus? Même dans les salles dont presque tous les lits étaient occupés, on ne percevait pas la plus légère odeur ; partout l'air était vif et pur, si ce n'est dans une salle du rez-de-chaussée, appartenant à la chirurgie, dont les fenêtres, percées sur une seule face et trop élevées au-dessus du sol, ne permettaient pas une aération complète.

Dans toutes les salles, des tuyaux amènent l'eau chaude et l'eau froide nécessaires aux différents services.

Il n'y a aucun luxe dans les salles anglaises ; elles ne sont pas cirées ; elles n'ont pas cet air d'élégance qu'on remarque dans quelques-uns de nos hôpitaux, mais partout règne la propreté la plus irréprochable ; tout indique des soins minutieux et assidus.

Les visites des médecins se font à midi : elles ne sont pas quotidiennes ; mais elles sont distribuées de telle sorte que chaque jour un médecin et un chirurgien paraissent à l'hôpital. Dans l'intervalle, les cas urgents sont vus par l'apothicaire ou par le chirur-

gien de la maison (*house-surgeon*, chargé de la petite chirurgie). Chacun conserve les malades qui sont entrés le jour de sa visite; il en résulte que très-souvent on ne sépare pas les cas médicaux des cas chirurgicaux, et que la même salle peut contenir des malades traités par des médecins différents. On dit que cet état de choses n'entraîne aucun inconvénient ; il est difficile de le croire. Sans doute, le sentiment de dignité et de respect pour lui-même et pour les autres, qui anime tout médecin anglais, rend entre eux les rapports convenables et faciles ; mais ne vaut-il pas mieux, sous le point de vue hygiénique et administratif, qu'un seul médecin ait la direction d'une salle ? Les visites doivent être quotidiennes ; dans l'intérêt des malades comme pour l'observation scientifique, ce principe ne peut admettre d'exception.

Le service intérieur est fait par des femmes qui remplissent les fonctions de sœurs de charité et d'infirmières. Il y a une hiérarchie entre elles. Une surveillante en chef, nommée *head nurse* ou *sister* par souvenir des temps anciens, a la direction de la salle; elle reçoit 50 livres par an ; elle a sous ses ordres une ou deux surveillantes de jour (*day-nurses*, à 30 livres) et une surveillante de nuit (*night-nurse*, à 20 livres). On compte ordinairement trois femmes pour une salle d'une vingtaine de lits. Dans quelques hôpitaux, le salaire est progressif et s'élève, d'une livre par an, jusqu'à un taux déterminé. On paraît satisfait de ce personnel et de son organisation.

Un bâtiment destiné à recevoir vingt-cinq folles incurables est annexé à l'hôpital de Guy. Une vaste rotonde, servant de salle commune, forme le milieu de l'édifice; deux larges corridors, éclairés par le haut et sur lesquels s'ouvrent les cellules, aboutissent à ce point central. Un jardin s'étend le long de la façade, du côté opposé à la porte d'entrée. Il est impossible de tirer un meilleur parti d'un espace aussi restreint.

Le musée de l'hôpital de Guy est peut-être le plus riche de Londres en ce qui concerne l'anatomie pathologique. Il s'accroît tous les jours sous la direction active de M. Gull. Ce musée occupe deux vastes salles, éclairées par le haut et divisées en deux étages. Des préparations en cire, qui dépassent en perfection toutes nos pièces françaises, sont un des beaux ornements de cette collection. Les maladies de la peau y sont représentées sur une grande échelle avec une rare fidélité. On y distingue entre autres un cas de morve chez l'homme qui peut passer pour un chef-d'œuvre du genre.

Le musée possède une collection extrêmement nombreuse de reins atteints de la maladie de Bright ; on peut suivre dans toutes leurs nuances les divers degrés de cette affection : on y voit les

reins d'un individu qui étaient atteints en même temps de diabètes sucré et d'albuminurie; la dégénérescence y est à l'état naissant. Une collection de calculs, disposée d'une manière ingénieuse, permet d'étudier avec facilité leurs caractères physiques et le mécanisme de leur formation. Plusieurs de ces calculs, dont quelques-uns ont des dimensions considérables, proviennent des opérations de Cooper. J'y ai vu plusieurs cas de dégénérescence graisseuse du cœur rencontrée chez des individus morts subitement.

Ayant observé récemment à Strasbourg un cas de maladie de Pott, dans lequel huit corps de vertèbres avaient été détruits, je recherchais les faits analogues. Le musée de Guy possède le pendant de cette observation (n° 1006). Huit corps de vertèbres chez un adulte étaient fondus en un seul. Le rachis avait été divisé en deux moitiés dans le sens de son axe, de manière à rendre évidents tous les détails de la lésion. Il n'y avait point eu de paraplégie; la mort avait été le résultat d'une autre affection.

Au moment où nous nous occupons si vivement en France d'institutions médicales, il est permis peut-être de jeter un coup d'œil rapide sur l'organisation de la pratique chez nos voisins.

L'unité de la profession médicale, si instamment réclamée chez nous, n'est pas admise en Angleterre, et une idée de ce genre n'y aurait guère de succès. L'Angleterre est le pays du monde le plus antipathique à l'égalité; nulle part les distinctions sociales ne sont plus tranchées, nulle part elles ne sont acceptées avec plus de foi. La distinction des médecins en plusieurs ordres y semble la conséquence nécessaire de la division de la société. Chaque classe veut avoir son médecin qui se proportionne à elle par son éducation, par sa fortune, par ses manières. L'homme *respectable* veut avoir un médecin *respectable*, ce qui serait un axiome avoué par la plus pure morale, si cet axione ne signifiait en Angleterre : l'homme riche veut avoir un médecin riche ou qui paraisse tel. Voici le raisonnement anglais, qui, à un certain point de vue, ne manque pas de justesse. Si ce médecin a réussi, c'est qu'il était habile; s'il est resté pauvre, c'est qu'il n'avait pas de talent. Il n'avait pas celui de faire fortune, direz-vous; peu importe, *væ victis!* c'était le mot de notre ancêtre Brennus, c'est aujourd'hui celui de nos voisins.

Il existe en Angleterre trois ordres de praticiens. Les *médecins* forment la classe la plus instruite, la moins nombreuse et la plus considérée. C'est l'aristocratie du corps médical. Ils n'exercent que la médecine interne. Pour être médecin à Londres, il faut avoir fait des études classiques complètes, être reçu docteur et être associé au collége des médecins (*Physicians College*). Ce collége se

compose de trois ordres de membres, les fellows, les candidats et les licenciés qui sont égaux sous le point de vue de la pratique ; mais les premiers, qui n'obtiennent leur titre qu'à des conditions difficiles, ont seuls part à l'administration du collége et aux réceptions. On n'est admis qu'à la suite d'examens sévères et surtout très-coûteux. L'abus s'est aussi glissé dans les réceptions ; on a parfois accepté des hommes auxquels on supposait le titre de docteur ; mais l'abus est une exception rare, et le collége des médecins jouit d'une haute considération justement méritée par le savoir et par la distinction de ses membres.

Le sort d'un médecin anglais qui réussit est des plus heureux ; il arrive à la fortune par une voie beaucoup moins pénible que ses confrères du continent. Pour s'enrichir, il lui faut beaucoup moins de malades ; il en voit peu qui ne le payent pas, et au bout de chaque visite apparaît la guinée classique, et plus encore, suivant la condition du client. Cette rétribution n'est nullement exagérée en Angleterre. On dit même que la profession médicale n'y est pas rémunérée dans la même proportion que les autres états. Voici les habitudes du médecin anglais dont la barque est au port. Les premières heures du jour sont données au travail ; de neuf heures à midi, il reçoit les consultants ; la consultation à domicile est une des parties importantes de sa clientèle ; le cabinet est ordinairement au rez-de-chaussée ; on est introduit par un domestique en livrée dans une salle d'attente pourvue de journaux. A midi, le médecin sort pour la visite d'hôpital ; il voit ensuite ses malades dans Londres ; à cinq heures, toutes les affaires sont terminées, et la soirée, sauf exception, est donnée au club ou à la famille.

Les *chirurgiens* forment la seconde classe de praticiens, infiniment plus nombreuse que la première ; ils ne se renferment pas dans les attributions que leur nom indique, ils exercent à la fois la médecine et la chirurgie. On n'exige point d'eux le titre le docteur ; il suffit qu'ils se soient livrés pendant un certain nombre d'années à l'étude de la médecine, et qu'ils aient suivi quelques cours et des cliniques ; ils sont reçus par le collége des chirurgiens qui leur donne leur titre et le droit de pratiquer. Les examens ne sont pas très-sévères, ils n'entraînent pas de grands frais. Bien des hommes éminents sont sortis de cette classe nombreuse ; quelques-uns se sont fait des fortunes colossales. Le collége des chirurgiens (*Surgeons-College*) possède un vaste hâtiment dans le Lincolns-inn-Field, un des plus beaux squares de Londres. C'est là que se trouve le musée célèbre, enrichi de la collection de Hunter. Les Anglais excellent dans la construction de leurs musées ; rien n'est élégant et commode comme ces vastes salles éclairées par le haut, divisées

en galeries superposées jusqu'au sommet de l'édifice. Deux salles d'inégale grandeur renferment une multitude incroyable de pièces d'anatomie comparée et d'anatomie pathologique. On se perdrait au milieu de tant de richesses, si des catalogues, reliés en volume et placés de distance en distance, ne servaient de guide au visiteur. Grâce à cette heureuse disposition, on a toujours à sa portée une courte notice sur l'article qu'on examine. M. Owen dirige ce magnifique musée.

Le troisième ordre de praticiens est constitué par les *apothicaires*, qui exercent à la fois la médecine, la chirurgie et la pharmacie. Ils ne font point d'études classiques ; ils sont tenus de suivre les visites des hôpitaux et certains cours de médecine et de chirurgie, en même temps que les leçons sur les sciences accessoires. Ils sont reçus par le collége des apothicaires (*Apothecaries Company*). Ils tiennent des officines où ils préparent les médicaments; ils font la petite chirurgie, ils sont les médecins habituels des classes dont la fortune est médiocre ; dans beaucoup de familles, ils traitent les cas légers. Ce sont en général des hommes honorables et instruits. Leur nombre s'est singulièrement multiplié depuis quelques années. J'ai vu au coin de Leicester-Square un praticien de cet ordre qui m'a donné de nombreux détails sur l'exercice de sa profession. Il tenait une officine des moins importantes ; elle lui rapportait annuellement un millier de livres, environ vingt-cinq mille francs. Il venait d'appliquer des ventouses scarifiées à un homme respectable : il en avait reçu une demi-guinée; un homme plus respectable encore donne la guinée entière.

Le charlatanisme règne en maître à Londres, plus audacieux encore que chez nous. Beaucoup de nos charlatans sont docteurs en médecine ; au delà du détroit, on n'y met pas tant de façon. Le premier venu, sans étude et sans titre, exerce la profession de médecin ou de chirurgien , sans que la justice intervienne; il peut tailler et droguer à merci, jusqu'à ce qu'une trop lourde faute ou un client moins endurant attire sur lui la vindicte publique. Alors seulement la répression commence ; mais c'est un cas de responsabilité médicale et non d'exercice illégal de la profession. Cette responsabilité existe du reste pour le véritable médecin comme pour celui qui en usurpe le titre. Le bon sens anglais sait la maintenir dans de justes limites et ne la faire peser de tout son poids que sur le charlatan pris en flagrant délit. Mais ce flagrant délit est nécessairement rare. L'impunité est la règle ; le charlatan en profite : toutes les classes de la société viennent à lui ; la noblesse n'est pas celle qui y court avec le moins d'ardeur.

Les apothicaires sont les seuls qui ne laissent pas empiéter sur

leur compétence; leur compagnie a le droit de poursuivre l'exercice illégal de la pharmacie, et elle en use avec rigueur.

La médecine légale n'est point organisée en Angleterre comme en Allemagne; elle peut être exercée, comme en France, par tout praticien. Les médecins n'ont pas le droit de se refuser aux réquisitions de la justice. Cette obligation, qui a des inconvénients graves au point de vue de la pratique, ne paraît pas excessive en Angleterre; le respect pour la loi est gravé dans le cœur de tout Anglais; il lui obéit avec le même point d'honneur qu'on met dans d'autres pays à éluder ses ordres; il a l'instinct de la légalité comme ailleurs on a celui de l'indiscipline. La pratique médico-légale est très-simplifiée; tout est verbal, le médecin n'a pas à rédiger de rapport; il constate le fait, puis il en rend compte au jury. Il reçoit une guinée pour une simple visite, deux guinées pour une autopsie. Les tarifs français sont plus modestes; c'est un principe en Angleterre que tout service, pour être bien fait, doit être rétribué convenablement.

L'hygiène publique est l'objet actuel des préoccupations des médecins de Londres. Au premier abord, quand on voit la largeur des rues de cette vaste cité, ses squares, ses parcs, ses maisons si propres, habitées par une seule famille et ayant chacune son jardin, on est disposé à croire que l'hygiène publique n'a plus de progrès à faire. Mais on revient bientôt de cette opinion en parcourant les tristes quartiers qui se prolongent vers l'extrémité orientale de Londres. C'est du chemin de fer de Blackwal, qui, porté sur des arches, pénètre au centre même de la cité, que l'on aperçoit, d'une manière bien frappante, ce spectacle de la misère anglaise. Cheminant par cette voie merveilleuse à la hauteur du toit des maisons, on les voit successivement diminuer, devenir plus pauvres et plus tristes. C'est toujours la maison anglaise avec sa petite cour ou son jardin, destinée à recevoir un seul ménage, mais cette maison se transforme en hutte, en misérable réduit où il semble impossible que des êtres humains puissent respirer. C'est là que végète une malheureuse population qui ne voit jamais le jour des rues brillantes de Londres. Les mendiants que l'on rencontre dans les riches quartiers sont des Irlandais, fléau et punition de l'Angleterre, des Allemands, des Italiens, voire même des nègres et quelques Français à mine suspecte. L'Anglais pauvre ne quitte guère les tristes ruelles où est sa demeure; c'est là qu'on trouve des haillons incroyables, des mendiantes en chapeau, couvertes d'affreuses guenilles, une apparence de misère qui n'existe peut-être que dans ce pays, où l'on voit se développer avec un excès pareil les deux extrêmes de la pauvreté et de la richesse. On s'occupe sérieusement

en ce moment d'améliorer l'habitation du pauvre. Il y a aujourd'hui en Angleterre (ce sont les expressions du docteur Guy) *une agitation* à ce sujet. Cette agitation ne sera point stérile. Des sociétés sont sur le point de se former pour construire de vastes maisons qui offriront aux pauvres un asile salubre, en permettant d'obtenir de grandes économies sur les loyers. Déjà en Hollande, à La Haye, ce projet a reçu un commencement d'exécution. Nul doute qu'en Angleterre il ne soit réalisé sur une vaste échelle. Attendrons-nous ce glorieux exemple ?

Tels sont les faits qui m'ont le plus frappé pendant un court voyage à Londres. Un séjour dans cette ville immense, quelque passager qu'il soit, laisse une impression profonde; on comprend mieux la grandeur de l'Angleterre; on sent combien la France doit s'attacher à la connaître; on part avec le vif désir de revoir encore ce beau pays.

G. Tourdes.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQ., PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

HYGIÈNE. — 1. *Considérations sur les causes de la dégénération physique et morale du peuple des grandes villes, et sur les moyens d'y remédier;* par le docteur BERTULUS, professeur d'hygiène à l'Ecole de médecine de Marseille, membre de la Légion d'honneur, etc.

(Suite et fin : *voir* t. X, octobre 1847, p. 1.)

(Gazette médicale de Paris, n° 42; 1847.)

Il existe à Paris, mais surtout à Lyon, des rues tellement étroites, tortueuses, mal percées, et dont les maisons sont si élevées, qu'il devient littéralement impossible de les assainir et d'y faire circuler l'air atmosphérique ; aussi celui qu'on y respire y est-il fortement chargé d'azote et d'acide carbonique, surtout dans les étages inférieurs. En attendant que les circonstances permettent de modifier ces maisons et de percer convenablement ces rues, je crois qu'on pourrait en rendre le séjour beaucoup plus sain en recourant à un moyen d'aération qui jusqu'ici n'a été mis en pratique qu'à bord des vaisseaux, mais dont l'application en hygiène publique offrirait de grands avantages : je veux parler des manches à vent que l'on ferait entrer par la toiture dans la cage de l'escalier et qui pourraient aller distribuer l'air jusque dans les caves. Une ouverture convenable pratiquée sur le toit, ou celle qui résulterait de l'enlèvement d'une des vitres de la lucarne, donnerait passage à la manche, dont l'extrémité supérieure, tournée du côté du vent, serait solidement attachée à deux supports, en bois ou en fer, placés *ad hoc;* le corps de la manche pourrait même présenter, au niveau de chaque étage, un canal secondaire destiné à entrer dans les appartements sans fenêtres et à y faire circuler l'air.

Le conseil que je donne ici, et qui décèle en moi l'ancien médecin de la marine, pourra paraître étrange ; mais je soutiens qu'il

est excellent, très-facile à mettre en pratique et peu dispendieux. J'assure que l'on arriverait par lui à assainir certains quartiers qui sont devenus le séjour favori de la fièvre typhoïde. Il est inutile d'ajouter que ce serait seulement pendant la saison chaude qu'il faudrait l'employer ; pendant l'hiver, on ferait fermer l'ouverture par laquelle entrait la manche à vent, et l'autorité municipale obvierait à la stagnation de l'air dans certaines rues ou culs-de-sac, en y faisant allumer deux fois par semaine de grands feux de sarment ou autre menu bois qu'on placerait à la distance de 20 à 30 mètres les uns des autres. Par ce moyen, l'air serait mis en mouvement et les couches inférieures seraient renouvelées. Il en résulterait, il est vrai, une charge légère pour le trésor municipal ; mais la première économie n'est-elle pas celle des hommes, et convient-il de lésiner sur la santé et sur la vie du peuple, lorsqu'on se laisse aller si volontiers à affecter des sommes considérables à des embellissements inutiles? Avant de construire de magnifiques salles de spectacle, des églises immenses qui coûtent des millions, songeons un peu au bien-être de cette classe laborieuse qui alimente nos armées, nos flottes, nos ateliers, et sur laquelle reposent en définitive la puissance et la prospérité du pays (1).

Un gouvernement éclairé doit s'attacher avant tout à mettre en honneur le culte de l'hygiène, et dès l'instant qu'il est reconnu que la purification de l'air atmosphérique est le premier élément de la santé des masses, il ne doit rien négliger pour l'obtenir. Ainsi, par exemple, toutes les fois qu'il devient indispensable de construire dans les villes certains établissements publics qui nécessitent l'achat, aux frais de la commune ou de l'État, de portions de terrain plus ou moins considérables, il faut autant que possible faire ces achats dans les vieux quartiers ; outre l'économie qu'on retirera de ce système, on pourra arriver aussi par lui à diminuer peu à peu les quartiers en question et à obliger le gros de la population à refluer dans les autres parties de la ville, ou même dans la campagne. Marseille songe à se donner à la fois un hôpital, une cathédrale, un palais de justice, une bourse, etc. ; eh bien! mon opinion est que ces divers monuments seraient plus avantageusement placés dans le voisinage du port, c'est-à-dire dans le vieux quartier, que partout ailleurs. Avec les fonds qu'exigera l'achat du terrain dans les beaux quartiers, on pourrait acquérir dans les environs du port une surface dou-

(1) On pourrait éviter l'emploi des manches à vent, en rendant mobiles les claires-voies des maisons qui manquent d'air, ce qui donnerait la facilité de les ouvrir et de les fermer à volonté.

ble, et l'on dévorerait ainsi (qu'on me passe le mot) une partie de ce quartier Saint-Jean qui déshonore Marseille; d'ailleurs, dans toutes les villes maritimes du monde, les principaux monuments ont été groupés à dessein du côté de la mer, et il faut regretter que Marseille seule fasse exception à cette règle. Un fait positif, c'est qu'on peut passer presque sans le voir devant ce port célèbre, qui, depuis vingt-quatre siècles, monopolise le commerce de la Méditerranée.

En réfléchissant aux graves inconvénients qui résultent de l'impureté de l'air dans nos grandes villes, j'ai dû m'arrêter à cette idée bien naturelle que leur éclairage par le gaz doit contribuer beaucoup à leur insalubrité. L'odorat ne nous révèle que trop souvent la justesse de cette observation. Du reste, il est incontestable que les dégagements de gaz hydrogène carboné exercent une action éminemment délétère sur les arbres des promenades, qui ont été regardés jusqu'ici et avec raison comme un élément de purification atmosphérique. J'habite à Marseille un quartier qui, jusqu'à ce jour, avait pu jouir de ces bienfaits inestimables, mais qui va en être privé par la cause que je signale. En effet, plusieurs arbres y donnent des signes de souffrance faciles à constater, et l'on peut prédire que leur existence ne sera pas de longue durée. S'il n'est guère possible de renoncer à un système d'éclairage qui offre, il faut en convenir, des avantages positifs et qui est devenu un gage de sécurité et d'ordre, au moins pourrait-on exiger un entretien plus efficace des conduites, qui, mal disposées, mal tenues dans beaucoup d'endroits, laissent échapper le gaz d'une manière incessante. Certes l'air que nous respirons est déjà assez impur, par le seul fait de l'entassement de la population, pour que nous ne restions pas indifférents à cette nouvelle cause d'insalubrité. Quant aux maisons vieilles et inaérées dont j'ai parlé précédemment, aux ateliers qui sont placés dans des caves, etc., etc., on ne devrait pas y tolérer l'introduction du gaz qui y devient un agent morbifique des plus dangereux. Je n'insisterai pas sur cette considération, parce qu'elle ne peut être mise en doute par personne.

Je terminerai ce que j'avais à dire ici sur les mauvais effets de l'impureté de l'air dans nos grandes villes et sur l'influence qu'elle exerce sur la santé des masses, en citant le passage suivant d'un mémoire publié par le docteur Dufourq, médecin du bureau de bienfaisance de Metz :

« La pauvreté, dit cet estimable confrère, ne saurait ni ne pourrait déterminer par elle-même les graves affections que nous observons fréquemment ; en effet, si nous établissons un parallèle

entre les pauvres des campagnes et les indigents des grandes villes, nous verrons le plus ordinairement ceux-là frais, robustes et pleins de santé, parvenant à une longue et verte vieillesse, leurs enfants luttant de force et de santé avec les enfants des riches laboureurs ; ceux-ci, au contraire, presque toujours d'une constitution frêle, exposés à des maladies fréquentes, graves, incurables, offrent au physique un teint pâle, livide, blafard, des dents cariées, un ventre gros, un visage bouffi ou ridé de bonne heure. Ils réunissent, quoique jeunes encore, l'aspect de la vieillesse et l'empreinte de la souffrance. Ils sont insouciants, apathiques ; les scrofules, la phthisie pulmonaire, les affections chroniques, les altérations du tissu osseux deviennent leur apanage. Si nous cherchions à approfondir ce contraste frappant, nous en trouverions l'explication toute naturelle dans la vie sobre, et surtout dans l'air pur et libre que respire le pauvre campagnard ; tandis que le pauvre des villes se trouve parqué dans des habitations malsaines, le plus ordinairement inaccessibles à l'air et aux rayons solaires, exposé en outre à des émanations délétères, à une atmosphère corrompue et non renouvelée, privé d'une nourriture saine et suffisante, croupissant dans la malpropreté. Telles sont les causes meurtrières que renferment le plus ordinairement les maisons habitées par la population indigente des grandes villes. « *Personne n'ignore que, de toutes les influences que reçoit l'homme, il n'en est pas qui exerce sur lui une action aussi puissante que celle qu'il subit de la part de l'air atmosphérique ; il n'en est pas aussi qui joue un plus grand rôle dans la production de plusieurs maladies, soit par les variations de son état hygrométrique, soit par les altérations diverses qu'il peut subir dans sa composition. Vérité déjà signalée par le père de la médecine dans son immortel* Traité de l'Air, de l'Eau et des Lieux. »

La malpropreté du corps étant la source d'une foule de maladies, l'autorité ne devrait rien négliger pour en faire apprécier le danger et pour la rendre moins commune. A chaque hospice civil devrait être annexé un vaste établissement de bains où les gens du peuple seraient admis à vil prix. De pareils établissements existaient chez les anciens, et, au témoignage de Pline, les Romains, pendant plus de six cents ans, ne connurent pas d'autre médecine que le bain chaud ; ils pouvaient se le procurer moyennant un *quadran*, c'est-à-dire pour environ quinze centimes de notre monnaie. Outre l'influence salutaire qu'exercerait sur la santé générale l'usage fréquent du bain, on devrait à cette mesure hygiénique l'extinction ou au moins la diminution d'une foule de maladies cutanées qui désolent le prolétaire ; une sur-

veillance sévère, exercée sur les friperies, concourrait aussi très-puissamment au même résultat. Ces établissements insalubres, qui fourmillent dans les quartiers populeux, tiennent en dépôt les plus tristes maladies ; c'est là en effet que sont entassés, sans avoir été purifiés, des hardes et autres objets qui recèlent des germes morbifiques. C'est là que le cultivateur et l'ouvrier vont puiser la gale, la variole, qui désolent ensuite leur famille et celles de leurs voisins.

Il devrait être prescrit aux fripiers, sous des peines très-sévères, de s'enquérir avant tout de la provenance des vieilles hardes, et de bien s'assurer surtout si les objets de literie n'ont pas servi à des sujets atteints d'affections réputées contagieuses. La purification de ces objets devrait avoir lieu sous la responsabilité immédiate de la police; car il ne faut pas oublier que, dans l'état actuel de la science, nous n'avons encore que des données très-imparfaites sur le mode de transmission des maladies en général. Nul doute que beaucoup d'entre elles puissent se propager d'individu à individu, ou par l'intermédiaire des vêtements, bien qu'on ne soupçonne pas ce mode de propagation et qu'il soit impossible de le démontrer rigoureusement. L'histoire de la morve vient à l'appui de cette opinion.

Personne n'ignore, il est vrai, que certains médecins de la capitale ont tenté, dans ces derniers temps, de rayer la contagion du dictionnaire de médecine; mais, disons-le hautement ici, bien que les ennemis de l'hygiène publique aient eu le talent de faire endosser leurs systèmes par l'Académie, leurs efforts n'aboutiront à rien ; ils ne serviront qu'à égarer l'autorité, à la jeter dans une voie dangereuse. Quant aux convictions des médecins en général, elles ne sauraient être modifiées par les idées erronées des novateurs. L'autorité de l'Académie royale de médecine est quelque chose sans doute; mais peut-elle contre-balancer celle de presque toutes les Compagnies médicales d'Europe, et neutraliser les protestations de 400 médecins qui composaient les congrès scientifiques de Marseille et de Gênes? Je ne le pense pas. Le rapport de M. Prus a accrédité auprès du gouvernement les erreurs les plus graves ; mais ce n'est pas la première fois que nous voyons la vérité succomber sous les coups de l'esprit de système, et nous n'ignorons pas qu'elle ne tarde jamais à se relever de sa chute. Le temps est là, sévère, impitoyable ; mettons-le aux prises avec une œuvre inouïe, et nous verrons ce qu'il en laissera subsister.

Dans une société telle que la nôtre, on ne doit rien négliger pour assurer la bonne santé des masses, et l'autorité ne doit pas

craindre, afin d'arriver à ce but, d'entrer dans les plus petits détails. C'est ainsi qu'une surveillance soutenue des matières alimentaires est indispensable et susceptible d'empêcher le développement des plus affreuses calamités. Les maux qu'entraîne une mauvaise alimentation sont incalculables, et cependant on fait bien peu de chose autour de nous pour empêcher la falsification de la farine, du vin, et en général de tous les aliments de première nécessité. On frémit lorsqu'on lit l'énumération des drogues délétères avec lesquelles d'infâmes spéculateurs travaillent le vin que boivent nos soldats et nos ouvriers; et si le gouvernement a beaucoup fait déjà pour découvrir ces abominables fraudes, il est loin d'y avoir mis un terme.

La viande qui sert à la nourriture du peuple devrait être l'objet d'une surveillance continuelle et minutieuse. La loi de Moïse prescrivait aux Juifs un examen attentif des viscères intérieurs des animaux qui étaient destinés à nourrir le peuple, et au plus léger signe de maladie, ils devaient être rejetés comme impurs, souillés, compromettants pour la santé. Si cette loi était un peu sévère, avouons qu'elle offrait de grands avantages et qu'elle devenait une garantie précieuse pour l'hygiène publique, garantie qui n'existe point à notre époque, où l'on ne craint pas d'abattre des animaux malades et de livrer leur viande à la consommation. Combien de fois ne voit-on pas étaler, dans les magasins où se débite la basse viande dont se nourrissent plus spécialement les classes inférieures, des viscères d'animaux manifestement tuberculeux, squirrheux, etc. J'ai pu constater ce fait plus d'une fois à Toulon et à Marseille, et je ne doute pas qu'il ne s'y reproduise fréquemment. On ne s'occupe pas davantage aussi si les animaux que l'on abat se trouvent à l'époque du rut, si les femelles sont pleines, etc. Cependant ces circonstances ne sont pas indifférentes.

La viande est, après le pain, l'aliment le plus essentiel. Indépendamment du soin que prenait anciennement la police en France pour éloigner des boucheries les animaux malades, les bouchers étaient soumis aux règlements suivants, tombés en désuétude aujourd'hui :

1° Ils ne pouvaient exposer en vente des viandes passées, ni celles d'animaux tout nouvellement tués et encore chaudes. Ils ne pouvaient débiter de la vache pour du bœuf, de la brebis pour du mouton.

2° Ils ne pouvaient tuer que des veaux ayant six semaines, et défense leur était faite d'en tuer ayant plus de dix semaines, à peine de 300 livres d'amende. Cet article avait encore

été consacré par un arrêté du parlement de Paris du 30 mars 1784. Aujourd'hui, on vend impunément et ostensiblement de la vache pour du bœuf, de la brebis pour du mouton, et des veaux qui ont moins de deux semaines ou qui en ont plus de dix. Non-seulement on se permet de débiter des viandes qui n'ont pas les qualités requises, mais encore, par la vente d'animaux avortons, étouffés en naissant, etc., etc., on expose le peuple à des maladies dangereuses. Les restaurateurs, les aubergistes, s'entendent avec les bouchers pour acquérir de ces derniers, à vil prix, des viandes passées et qui sont sur le point de se corrompre. Ces viandes sont ensuite traitées par le charbon ou par d'autres moyens qui en masquent l'odeur, et sont livrées ensuite à la consommation.

Le programme du congrès scientifique de Marseille portait, à la section des sciences médicales, la question que voici : *N'y a-t-il pas danger pour la santé publique que l'inspection des bestiaux conduits à l'abattoir soit faite par des personnes dépourvues de connaissances anatomiques et physiologiques ?*

Cette question si importante pour l'hygiène publique a été traitée par un homme distingué, par le docteur Longhi (de Milan), et je ne crois pas hors de mon sujet d'extraire du compte rendu du congrès les principales considérations présentées par le savant étranger :

« On sait, a dit M. Longhi, que le propriétaire de bestiaux, lorsqu'il s'aperçoit que l'un de ses animaux est tombé malade sans espoir de guérison, s'empresse de l'envoyer à l'abattoir, ne se souciant pas si cette viande, rendue mauvaise par une maladie grave et parfois même pestilentielle, ne portera pas atteinte à la santé de ceux qui en mangeront.

« L'intérêt personnel l'emporte toujours sur l'état général, quand celui-ci ne trouve pas un puissant appui dans la loi. Ainsi un bœuf, un mouton, etc., pourront être pris *de pulmonie*, *de charbon*, *de splénite gangréneuse*, *de morve*, etc., qu'ils ne seront jamais perdus pour le propriétaire adroit ; ce ne sera un malheur que pour ceux qui, ayant mangé de ces animaux, seront en proie à des coliques, à des vomissements, à des diarrhées, à la mort même, et réclameront trop tard pour eux les mesures hygiéniques nécessaires à la conservation de la santé publique.

« Je sais, a ajouté M. Longhi, qu'on a voulu soutenir que l'estomac de l'homme peut digérer aussi bien la viande putréfiée ou malade que celle de bonne qualité et fraîche ; mais le temps est passé où l'on confondait ainsi l'homme avec la hyène et le chacal, et si l'on avait soin de retracer plus minutieusement les causes

de certaines cholérines violentes, de certaines fièvres typhoïdes qu'on rencontre en été, particulièrement dans les grandes villes, on verrait que la viande de mauvaise qualité y joue un rôle très-important. Pour ma part, j'en pourrais citer plusieurs faits incontestables. J'ai dit dans les grandes villes, parce que c'est là que les propriétaires envoient le plus souvent les bestiaux qu'ils désespèrent de sauver d'une maladie grave; dans les petits pays, la fraude serait plus aisément découverte, et personne ne voudrait de cette viande. Or, cela présente un autre fâcheux résultat: celui de cacher à l'autorité les premiers cas d'une épizootie qu'on pourrait autrement faire cesser dès le début.

« Voilà, dit en terminant M. Longhi, les motifs pour lesquels je crois indispensable que les bestiaux envoyés à l'abattoir soient toujours visités par un médecin vétérinaire que ses connaissances régulièrement acquises empêcheront de se méprendre sur l'état de l'animal qu'il sera appelé à visiter. Peut-être y a-t-il d'autres motifs d'un intérêt tout à fait local que je ne connais pas : c'est aux savants français à les faire ressortir. En Autriche, non-seulement les bouchers, mais les fermiers, les propriétaires même, ne peuvent abattre un animal destiné à la nourriture de la population sans qu'il soit visité auparavant par un médecin vétérinaire. Chaque district de l'empire, composé de quinze, vingt-cinq ou trente communes, a son médecin vétérinaire, qui est obligé, moyennant une petite rétribution, de visiter tous les bestiaux que l'on conduit à l'abattoir, et d'envoyer un rapport à l'autorité locale aussitôt qu'il rencontre un cas de maladie épizootique. »

Les motifs exposés dans la note que je viens de rapporter ont paru tellement concluants, que le congrès, sur la proposition de son président M. Bally, les a portés à la connaissance de l'autorité locale, en exprimant le vœu de voir établir le plus tôt possible un service d'inspection des bestiaux destinés à l'abattoir. Ce vœu sera-t-il accompli? J'en doute fort, pour ma part, lorsque je songe à l'indifférence générale pour tout ce qui a trait à l'hygiène publique. Que les bestiaux se vendent librement sans la moindre entrave, voilà la chose importante, le but à atteindre avant tout autre ; quant à la santé publique, il sera toujours temps de s'en occuper lorsqu'elle sera menacée. Il en est de cette question comme de celle de la peste, et c'est sur le même raisonnement qu'on base leur solution : le commerce d'abord, l'hygiène ensuite. Et cependant, il faut bien en convenir, le premier donne la richesse, mais conduit à la faiblesse physique et à la corruption morale, tandis que la seconde, qui n'a jamais empê-

ché l'homme d'augmenter son aisance et de profiter de son industrie, lui donne en même temps les moyens de jouir de ses biens et de les défendre en lui assurant la santé du corps et celle de l'esprit.

Pour favoriser le développement des forces physiques du peuple des grandes villes, et pour le disposer à supporter les fatigues de la guerre, le gouvernement devrait, à l'imitation des Grecs et des Romains, mettre en honneur les exercices du corps ; il devrait multiplier les gymnases et y attirer les jeunes gens par l'appât de récompenses honorifiques et même pécuniaires. La direction de ces établissements serait confiée à d'anciens militaires spécialement versés en gymnastique; des écoles de natation devraient être aussi instituées dans tous les ports, car il n'existe pas de meilleur moyen pour développer les forces musculaires et former de vigoureux matelots. Au mouvement que la natation imprime à tout le système, il faut joindre l'action tonique et fortifiante de l'eau de mer, si favorable à la guérison des scrofules et de toutes les maladies qui dépendent de la langueur des forces vitales. La dépense que nécessiteraient ces établissements serait bien peu de chose, si l'on considère les services qu'ils rendraient et les économies qu'ils permettraient de réaliser dans les hôpitaux en diminuant le nombre des malades. Du reste, le gouvernement ne reculerait pas devant elle, s'il se pénétrait bien de cette vérité, que la force musculaire des individus fait la sûreté des États, assure la victoire dans les grandes luttes et rend une nation redoutable à ses ennemis.

Il est notoire que la fréquence et la gravité de la syphilis ont beaucoup diminué de nos jours par le seul fait de la surveillance qu'exerce la police sur les prostituées ; on peut même espérer qu'il arrivera un moment où cette affreuse maladie, dont le règne a exercé une si fâcheuse influence sur la santé générale des peuples, disparaîtra tout à fait. L'hygiène et la thérapeutique ne négligent rien pour atteindre ce résultat si désiré ; toutefois il reste encore quelque chose à faire si l'on veut achever d'éteindre la syphilis parmi nous : il faut que la visite des médecins spéciaux atteigne non-seulement les prostituées qui figurent sur les registres de la police, mais aussi les femmes qui se livrent à la prostitution clandestine, car c'est dans cette classe qu'habite surtout le danger. « Depuis seize ans, dit le docteur Venot (de Bordeaux), j'établis une curieuse statistique, d'après laquelle on peut apprécier le domicile réel de la syphilis à Bordeaux. En effet, des calculs, fidèlement relevés, de mes consultations, soit à l'hôpital, soit dans mon cabinet, il résulte que, sur cent vénériens,

il en est quatre-vingt-quinze qui ont été contaminés par la prostitution clandestine, véritable fléau social contre lequel, dans mes rapports, je ne cesse de jeter mon *delenda est Carthago*.

« La législation, si hardie, ajoute M. Venot, pour violer la liberté individuelle d'un nombre de femmes classées, garde une trop coupable réserve pour étendre un droit acquis, pour accomplir un devoir imprescriptible : celui de préserver logiquement la société d'un mal incalculable dans ses résultats. Qu'on se pénètre bien que, dans l'exercice de la police, c'est *plutôt le magistrat qui punit que la loi* (Montesquieu, *Esprit des lois*, livre XXVI, page 24), et la lettre stricte des règlements ne sera plus une ligne infranchissable pour le pouvoir paternel auquel sont remis de si puissants intérêts. D'une vigilance sérieuse, attentive, largement comprise et générale sur les filles insoumises de toutes les catégories, dépend donc uniquement la solution du problème ; car, je le répète à dessein, dans les grandes villes, il est démontré de la manière la plus irréfragable que la véritable origine de la syphilis se trouve au sein des maisons de rendez-vous et parmi la population séduisante des modistes, des grisettes, des couturières, etc. »

Je n'ajouterai que quelques mots à ce que vient de dire M. Venot : ce qu'il a observé à Bordeaux, nous sommes à même de le vérifier chaque jour à Marseille, et tous les médecins font des vœux pour que la police s'occupe enfin un peu plus des maisons dites *de passe*, dont elle ne peut ignorer l'existence. Nul doute qu'en s'appuyant sur les lois qui régissent la matière, elle ne puisse parvenir à diminuer beaucoup le nombre des victimes de la syphilis. L'hygiène et la morale publique se réunissent pour faire appel à sa sollicitude. Puisse cet appel ne pas rester sans effet!

Les soins donnés aux enfants pendant le premier âge contribuant beaucoup à leur développement, il serait très-utile, dans l'intérêt même de l'État, de multiplier les établissements dans lesquels les travailleurs peuvent les déposer pendant le jour et se livrer ensuite sans regret à leurs occupations. Qu'arrive-t-il, en effet, le plus souvent dans les familles malheureuses ? Les mères, obligées de travailler pour vivre, abandonnent leurs enfants ou les confient aux voisins qui ne s'en occupent nullement. Ces pauvres créatures restent donc quelquefois des journées entières sans secours, enveloppées de langes souillés d'ordure, dans des appartements malsains, inaérés. Ceux d'entre eux qui sont assez avancés pour quitter leur berceau, pressés par le froid, vont se blottir dans le foyer où un reste de feu enflamme leurs vêtements

et met leurs jours en péril. (Que de faits de ce genre ne pourrait-on pas citer ici !) Le mal que je signale est d'une haute gravité ; il porte une atteinte profonde à la santé et à la force des populations : il devient donc indispensable de songer à y porter remède. Il existe à Paris, à Marseille, à Toulon, etc., des établissements qui sont, à mes yeux, l'expression d'une haute pensée philanthropique, mais qui sont malheureusement trop restreints et à la charge de quelques personnes charitables : il s'agit de salles d'asile dans lesquelles on admet les enfants au-dessous de l'âge de 2 ans ; ils y sont soignés, nourris, moyennant 15 centimes par jour, la maison fournissant aussi le linge nécessaire pour les maintenir dans une stricte propreté. A Marseille, trente jeunes filles au-dessous de 15 ans apprennent dans le même local à devenir d'excellentes ouvrières; elles sont reçues le matin dans l'établissement et n'en sortent que le soir. Les résultats obtenus depuis quinze mois dans cet ouvroir sont excellents ; il serait donc à désirer que le gouvernement encourageât de semblables essais en accordant des subventions aux sociétés qui les dirigent. Mais ce qu'il pourrait faire de mieux serait de s'en charger lui-même et d'en doter les principales communes de France. Ici encore la dépense serait peu de chose, et les municipalités y contribueraient volontiers. Soigner des enfants à la mamelle, les faire vacciner et traiter par des médecins éclairés lorsqu'ils souffrent, n'est-ce pas accomplir une œuvre admirable et préparer à la patrie des générations fortes et vigoureuses ? Puissent les gouvernements entrer enfin dans cette voie et s'occuper sans relâche de cette classe malheureuse et intéressante que la pauvreté voue dans les villes à toutes les souffrances, à toutes les infirmités !

L'influence du moral sur le physique étant incontestable, on doit admettre que le relâchement des mœurs est une des causes les plus actives de la dégénération du peuple des grandes villes ; on ne peut donc espérer d'agir efficacement contre lui qu'en joignant aux diverses mesures hygiéniques dont je viens de parler le perfectionnement moral des masses. Malheureusement notre législation ne vient pas en aide à cette partie de l'hygiène publique dont les préceptes ont pour but la tempérance, la continence, la modération dans les passions et le calme de l'âme. Mieux convaincus que nous de la dépendance mutuelle des vertus physiques et morales, les anciens législateurs s'étaient bien gardés de négliger ces institutions sages qui forment le cœur et l'esprit des peuples, et il est remarquable que, tant que ces institutions furent en honneur, les sociétés qu'elles régissaient furent puissantes et victorieuses. Par quels moyens peut-on ar-

river de nos jours à moraliser les classes inférieures? La question est immense; tant d'intérêts divers, tant de considérations sociales importantes s'y rattachent, qu'un volume suffirait à peine pour l'embrasser dans tous ses détails; que pourrais-je donc en dire dans cette simple dissertation, dont les limites sont déjà dépassées? Je sens bien cependant que, pour en compléter le cadre, je dois indiquer au moins sommairement les points capitaux qui doivent attirer toute l'attention du gouvernement.

Il faut d'abord déclarer une guerre impitoyable à la paresse, au vagabondage, à la mendicité, et organiser le travail. Comment résoudre ces difficiles problèmes? Ce n'est pas au médecin hygiéniste, mais bien à l'homme d'État, au législateur, à les chercher. Nulle matière ne touche à d'aussi graves intérêts, ne présente des obstacles plus sérieux; et pourtant ces obstacles ne devraient pas empêcher les gouvernants de tenter une œuvre dont le besoin devient chaque jour plus pressant. A mesure que le peuple s'éclaire, ses besoins s'étendent, et comme son instruction est encore très-imparfaite, il apprécie faussement sa position, ses souffrances et les moyens auxquels il doit recourir pour l'améliorer. Rien n'est dangereux comme une demi-civilisation; cette vérité est depuis longtemps admise. Je me permettrai donc de souhaiter ici que l'on organise pour le peuple un système d'instruction publique qui puisse le tirer définitivement de cette désolante médiocrité intellectuelle qui fait son malheur et qui pèse sur le corps social tout entier. Donnez aux classes inférieures les moyens de discerner le bien du mal, la vérité de l'erreur; mettez-les à même de bien comprendre qu'il n'y a point de société possible sans inégalité de positions, pas de bonheur à espérer sans le travail, et vous arriverez ainsi à faire accepter ce dernier sans murmure, à tarir les sources de la misère, et, par suite, à faire jouir chaque membre du corps social de la part d'aisance que lui méritera sa capacité. Pour atteindre ce but, il faut que l'État prenne l'enfant du prolétaire au sortir du berceau, et profite de ces premières années où les impressions sont si vives pour déposer dans son cœur le germe des vertus et des connaissances qui plus tard lui serviront de guide et d'appui dans la carrière de la vie. Il faut surtout que cet enfant soit élevé dans la crainte de Dieu; car il n'y a pas de moralisation possible sans cette condition. Multiplions donc les salles d'asile, les écoles gratuites, et n'en confions la direction qu'à des citoyens recommandables par leur amour de l'humanité. L'Université les fournira par centaines; car, en dépit de l'espèce de croisade qu'on a organisée dans ces derniers temps contre ce docte corps, il faut

bien reconnaître que ce n'est que de lui qu'on peut obtenir une éducation véritablement française. Tout ce que l'on dit journellement sur l'athéisme, sur l'immoralité des membres de l'Université, est pure calomnie ; d'ailleurs, ces diffamations ont un but qui est généralement connu, et dont l'appréciation suffit pour éclairer l'opinion publique.

Après l'organisation du travail, le meilleur moyen de moraliser le peuple est sans contredit le mariage. La débauche dans laquelle vivent les ouvriers de Lyon, de Paris et de toutes les grandes villes de France, contribue puissamment à ruiner leur santé et à abréger leur vie, et c'est à elle que l'on doit surtout ces générations d'avortons qui, impropres au service de la patrie, étalent à nos yeux étonnés des infirmités dégoûtantes et incurables. Des recherches statistiques ne laissent plus de doute aujourd'hui sur l'influence que les unions légitimes exercent sur la santé générale et sur la durée de la vie ; il faut donc favoriser le mariage, le mettre en honneur parmi les gens du peuple. Depuis 1826, il existe à Paris, sous le nom d'*OEuvre de Saint-François-Régis*, une société dont les travaux tendent à arrêter les progrès du libertinage dans les classes inférieures, en procurant gratuitement aux indigents qui vivent dans le désordre, *quel que soit leur culte*, tous les moyens de sortir du vice et d'assurer à leurs enfants le bienfait de la légitimation ; elle réunit toutes les pièces indispensables, les fait venir des provinces les plus éloignées et même des pays étrangers, correspond avec les autorités municipales pour les actes de l'état civil, avec les notaires pour les consentements des pères et mères, avec les juges de paix pour les actes de notoriété, avec les procureurs du roi pour les rectifications. Démarches, correspondances, frais de toute espèce, la société prend tout à son compte ; elle ne demande au pauvre, pour tant de sollicitude, que de la bonne volonté et une ferme résolution de revenir au bien. Depuis 1826, d'autres sociétés semblables se sont organisées à Lyon, à Marseille, etc. ; et le gouvernement comprendrait bien la mission dont la Providence l'a chargé, en les prenant toutes sous sa haute protection et en les subventionnant d'une manière convenable, car le manque d'argent entrave souvent leurs opérations.

Il est un autre vice malheureusement trop répandu dans les classes ouvrières et qui contribue puissamment à leur dégradation : je veux parler de l'ivrognerie. Par l'abrutissement qui l'accompagne, elle rend impossible toute relation intellectuelle, et ses effets ne sont pas moins funestes au corps, qu'ils délabrent et finissent par miner entièrement. Par quels moyens pourrait-on

arriver à extirper ce vice affreux, sous l'influence duquel des populations entières ont disparu dans le nouveau monde, et qui ruine en détail celles de l'ancien? En sévissant contre ceux qui s'y livrent ou qui le favorisent, et en créant pour le peuple des moyens d'amusement qui puissent l'empêcher de fréquenter les cabarets pendant ses heures de repos. Je ne vois pas pourquoi des règlements sévères n'interdiraient pas aux débitants de vin et d'eau-de-vie de livrer ces liqueurs à discrétion dans les cabarets. Je ne connais pas d'industrie plus infâme que celle qui ne peut prospérer qu'en spéculant sur les égarements de la raison chez les gens du peuple, et je voudrais qu'elle devînt l'objet d'une surveillance de tous les instants. Des lois du genre de celles dont il s'agit ici existent dans plusieurs contrées de l'Europe, et si elles n'ont pu réussir à faire disparaître entièrement l'ivrognerie, il est positif qu'elles l'ont rendue moins commune. C'est ainsi, par exemple, qu'en 1691, le duc de Brunswick, effrayé des tristes résultats de ce fléau de l'espèce humaine, rendit un édit fort remarquable, par lequel il fixait aux cabarets la quantité d'eau-de-vie qu'il leur serait permis de vendre à un même individu, et où il établissait des peines très-sévères contre l'ivresse.

On a beaucoup ri chez nous des sociétés dites de *tempérance* qui se sont organisées dans quelques pays, et cependant leur utilité est incontestable. Voici un document statistique qui le prouve sans réplique.

L'imprimerie de la société de tempérance de New-York a seule fourni, pendant la dernière année, 438,500 exemplaires de publications destinées à fixer l'attention du public sur le but de cette société; elles ne comprenaient pas moins de 80,000,000 de pages in-12.

La société de tempérance de l'État de Massachusets, formée en 1826, fut la première établie. De cette époque à 1837, 6,000 *autres sociétés semblables ont été organisées en Amérique; 2,000 distilleries ont été fermées, 5,000 marchands ont été obligés d'abandonner le commerce des liqueurs spiritueuses, 8,000 ivrognes ont renoncé à leurs habitudes et se sont fait remarquer par leur sobriété, 700 navires ont fait des voyages plus ou moins longs sans emporter de liqueurs fortes. Le nombre des signataires de l'acte d'association de tempérance s'est élevé à plus de 16,000,000. Plus de 2,000 médecins tant anglais qu'américains ont signé une protestation qui affirme que l'usage des boissons spiritueuses n'est jamais nécessaire; qu'au contraire il cause souvent des maladies graves et détermine quelquefois la mort. La population d'Albany est de 20,000 individus, dont 5,000 sont membres de la société.*

Le nombre des morts attribués au choléra, en 1832, *a été de* 336, *dont deux seulement étaient membres de la société de tempérance.*

Voilà des chiffres qui démontrent mieux que toute espèce de raisonnement l'utilité des sociétés de tempérance et qui doivent fixer l'attention des gouvernements. Avec un peu de bonne volonté et beaucoup de persévérance, ils pourraient arriver avec le temps à diminuer l'ivrognerie; mais avant de faire des lois répressives de ce vice, avant de favoriser la création des sociétés de tempérance, etc., ils doivent, à mon avis, dans l'intérêt de la morale et de l'hygiène publique, établir de forts droits sur la vente des boissons, afin d'en rendre le débit le plus onéreux possible. Cette mesure fera crier sans doute une certaine classe de commerçants; mais que deviennent leurs intérêts lorsqu'on les met dans la balance avec ceux de la population ! La guerre, la famine et la peste ne lui ont jamais été aussi fatales que l'ivrognerie; et cette assertion ne paraît pas extraordinaire lorsqu'on se rappelle que des nations entières, soumises à la fatale influence des liqueurs fortes, se sont abâtardies, ont diminué peu à peu et ont fini par disparaître de la surface du globe. Tel a été le triste sort de ces peuplades vigoureuses et guerrières de l'Amérique du Nord, que l'*eau de feu* est parvenue à détruire; telle sera la destinée de ces immenses populations de l'Inde, qui ont oublié, sous la domination britannique, leur sobriété primitive. Nous ne saurions trop le répéter ici, les boissons fortes ont exercé sur le genre humain en général l'action la plus funeste, elles ont incessamment travaillé à sa perte. De toutes les causes qui ont pu contribuer à rendre la vie plus courte, à faire dégénérer notre espèce physiquement et moralement, il n'en est certes pas de plus positive et de plus énergique que l'ivrognerie.

Je l'ai dit plus haut : bien pénétré de mon insuffisance, je ne peux que glisser dans ce travail sur des questions que je n'ai pas assez méditées et approfondies, bien qu'elles ne soient pas étrangères au domaine de l'hygiène. Je fais des vœux sincères pour qu'on s'en occupe enfin d'une manière sérieuse et pour que le gouvernement sorte d'une indifférence dont les résultats pourraient être déplorables. La dégénération physique et morale du peuple des grandes villes est un fait positif; or il y a dans nos institutions actuelles des ressources qui permettent d'y remédier : pourquoi donc ne pas les employer et assister ainsi de sang-froid aux obsèques de l'humanité. Une pareille conduite est coupable, et il est temps que des voix généreuses s'élèvent pour la faire cesser. Il est temps surtout que les classes riches et éclairées s'attachent à donner de bons exemples aux prolétaires. Afficher

à ses yeux l'intempérance, le libertinage, la corruption, l'oubli des vertus domestiques et toutes les mauvaises passions, c'est mettre un obstacle invincible à son amélioration physique et morale, c'est agir avec autant de sagesse et de discernement que celui qui, pour apprivoiser un jeune lion, s'évertue à développer ses instincts carnassiers, sans songer un seul instant qu'il s'expose à recueillir le premier les tristes fruits de son imprudence.

Il ne me reste plus, en terminant ce travail écrit à la hâte et presque d'un seul trait, et par suite très-imparfait sous tous les rapports, il ne me reste plus, dis-je, qu'à faire ressortir qu'on néglige trop à notre époque de vulgariser les préceptes de l'hygiène publique. Il faudrait que cette science éminemment sociale, et dont le culte peut seul assurer au physique comme au moral le bonheur des peuples, fût enseignée dans toutes les grandes villes. Le congrès de Marseille a émis ce vœu auprès de M. le ministre de l'instruction publique, parce qu'il était convaincu que, dans une société bien organisée, il faut apprendre aux masses à se bien porter. Les divers professeurs d'hygiène qu'on instituerait, si ce vœu était pris en considération, devraient être tenus de mettre leur enseignement à la portée de toutes les intelligences et de correspondre sur les besoins hygiéniques de leur ville avec le professeur de la Faculté la plus voisine, qui, à son tour, ferait parvenir à l'administration centrale à Paris tout ce qui mériterait de lui être soumis. Avec une organisation semblable, on arriverait bientôt aux résultats les plus satisfaisants : on ferait disparaître une foule de maladies et on améliorerait beaucoup la condition des gens du peuple. Il est inutile d'ajouter que les professeurs d'hygiène s'entendraient avec les autorités locales pour tout ce qui se rapporterait à leur spécialité et seraient chargés de les éclairer sur les mesures à prendre en temps d'épidémie, etc. Il est absurde, disons-le, que l'hygiène ne soit professée que dans les trois Facultés du royaume, et que nos grandes villes, telles que Lyon, Rouen, Lille, etc., où ses préceptes peuvent être appliqués à chaque instant, soient privées de cet utile enseignement.

Dans les grandes villes maritimes, on devrait joindre à l'enseignement de l'hygiène publique celui de l'hygiène navale. Depuis les dernières réformes subies par notre système sanitaire, toutes les garanties de la santé publique résident dans l'enseignement et l'application éclairés des règles de l'hygiène nautique; c'est même en grande partie sur cette idée que s'est basé M. Prus pour faire compter le temps de la traversée comme temps de séquestration. Or, pour que les marins puissent prendre en pays

étranger les mesures d'hygiène susceptibles d'empêcher l'introduction de la peste sur leur bord, pour qu'ils puissent, en cas d'épidémie à la mer, se placer dans les conditions favorables, il y a trois choses à faire : 1° disposer les bâtiments de commerce *ad hoc* et modifier leur construction; car, tels qu'ils sont aujourd'hui, je soutiens qu'il devient impossible d'y mettre en pratique les mesures de ventilation, etc., proposées par M. Prus : ce médecin, malheureusement étranger à la marine, n'a pu se faire une idée exacte de l'état des lieux, et il ne faut pas lui en vouloir de cette ignorance qui était indépendante de sa volonté; 2° après avoir fait modifier les emménagements des navires de commerce, il faut qu'un professeur d'hygiène navale, rompu au service de la mer, apprenne aux capitaines à les tenir d'une manière convenable et les initie à la connaissance de tous les moyens dont l'application opportune peut exercer une heureuse influence sur la santé des équipages; 3° enfin il faut que les médecins sanitaires, que l'administration se dispose à créer, soient tirés du corps des médecins de la marine royale. Des médecins de Faculté ne conviendraient pas à un service si spécial; ils auraient à faire une éducation longue et compromettante pour la santé publique. Je n'ignore pas que ces conseils, fruits de mon expérience et de mes connaissances spéciales, ne seront pas plus entendus de l'autorité compétente que ceux que j'ai cru devoir lui soumettre en diverses occasions; mais cette idée ne doit pas m'empêcher de faire jusqu'au bout mon devoir de médecin hygiéniste. Bien que j'aie songé le premier à la création de ces médecins dits sanitaires, je compte peu sur les résultats de cette institution, et je déclare qu'ils seront tout à fait nuls si on ne choisit ces fonctionnaires dans cette classe de praticiens, aussi savants que courageux, à laquelle le gouvernement confie depuis longtemps la santé de nos marins sous le canon de l'ennemi et dans les contrées les plus malsaines de l'univers.

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQ. ET CLINIQ. MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. *Traitement de l'épilepsie;* par M. Delasiauve.

(Suite : *voir* t. V, mai 1847, p. 12; t. VI, juin, p. 66; t. VII, juillet, p. 65; t. IX, septembre, p. 15.)

(Annales médico-psychologiques, novembre 1847.)

Différents composés cuivreux ont été préconisés dans la maladie épileptique. Tissot parle d'une teinture de cuivre, *ens Vene-*

ris, qui consistait, selon toute apparence, en une solution d'hydrochlorate de cuivre ammoniacal. Balfour Russel se servait de ce même sel réduit en cristaux d'un bleu verdâtre. Il lui dut notamment la guérison d'une jeune fille de dix-huit ans qui n'avait point ses règles, et dont les attaques se répétaient régulièrement tous les mois. La dose fut progressivement portée de 1 grain à 9 grains, sans qu'il en résultât aucun dérangement, sauf quelques vomissements à cette dernière dose. (*Dissertatio de cupro*, Edimb., 1759.) Boerhaave conseillait quelques gouttes d'une solution aqueuse de cuivre par le sel ammoniac. Au dire enfin de Burserius, cette solution était le fameux anti-épileptique des enfants. Wan Swieten prétend, de son côté, avoir vu de bons effets d'une préparation vraisemblablement la même, mais dont il n'indique point les éléments. Elle ne procurait aucune évacuation sensible et occasionnait dans les membres un singulier fourmillement qui s'étendait jusqu'au bout des doigts (§ 1080, p. 438).

Le sulfate de cuivre ammoniacal, préféré par Frank, a été plus souvent employé que le sel qui précède. Un médecin de Bernstadt, le docteur Urban, l'a fortement recommandé contre l'épilepsie purement nerveuse. Il l'aurait du moins administré à cinq malades avec un succès complet (*Journ. d'Hufeland*, octobre 1827). Chez l'un de ces malades, les premières doses provoquèrent des vomituritions et un redoublement dans les accès; mais bien qu'on eût augmenté la proportion du remède, la tolérance finit par s'établir, et il survint une prompte amélioration. La dose prescrite fut de 1 grain 1/2 à 2 et 3 grains dans la journée en trois portions, matin, midi et soir. Biett ordonnait fréquemment le sulfate de cuivre ammoniacal dans la même affection, à la dose de 4 à 8 centigr. Suivant M. Barbier (d'Amiens), cette substance exerce une influence directe sur le cerveau ; elle provoque des étourdissements, des vertiges, et il tend à rapporter à cette influence son efficacité dans l'épilepsie.

Weisman a vanté le vitriol de Chypre (sulfate de cuivre), spécialement quand les vers sont la cause de la maladie; mais Le Chandillier, qui, sur la foi de Weisman, a essayé ce moyen sur plusieurs épileptiques, n'en a retiré aucun avantage (*Journ. de Lallement*, tome IX, page 276, 1760). Le docteur Greding a donné à sept malades un élixir dont le vitriol de Chypre formait la base, et également sans profit.

On a fait usage encore de l'ammoniure de cuivre. Le *Filiatre Sebezio* (décembre 1842) contient l'observation remarquable d'un jeune homme de dix-huit ans que le docteur Mercurio de Poly-

gastro assure avoir débarrassé de son mal à l'aide de ce médicament. L'affection datait de dix-huit mois, et semblait avoir été produite et entretenue par la pratique de l'onanisme à laquelle cet individu s'adonnait avec excès. Les attaques, d'abord rares, se rapprochèrent au point de survenir une et deux fois dans les vingt-quatre heures. Elles étaient presque toujours précédées par des pollutions nocturnes involontaires, de la céphalalgie, de la courbature, de la tristesse, de l'inappétence, etc. Changement de climat, sangsues, calomel uni à l'extrait de belladone, diète lactée, sédatifs divers furent expérimentés à peu près inutilement. C'est alors que le docteur Mercurio songea à l'ammoniure de cuivre, qu'il associa, à la dose d'un sixième de grain, à 2 grains de castoréum et à 1 grain d'assa-fœtida. Une vive ardeur à l'estomac, quelque malaise viscéral, suivirent l'administration des premières pilules ; mais bientôt ces symptômes cessèrent, et le malade put prendre jusqu'à 1/2 grain d'ammoniure, sans toutefois outrepasser cette dose. Les plus heureuses modifications se manifestèrent dans la situation générale : la nutrition se fit mieux ; l'appétit, la force, la gaieté, revinrent. Le traitement dura deux mois ; il n'y eut qu'un seul accès le 27e jour, et sept mois s'étaient écoulés déjà lorsque le docteur Mercurio livra cette cure à la publicité.

Les effets toniques des préparations cuivreuses n'étaient pas inconnus à nos devanciers. Le cuivre a été considéré par Boerhaave (*Éléments de chimie*), et auparavant par d'autres médecins, comme un stomachique puissant propre à tuer les vers et à détruire diverses espèces de cacochymies. Tous les praticiens, néanmoins, n'approuvent pas l'emploi de ces remèdes. Tissot les classe parmi les spécifiques dangereux ; Portal déclare en avoir toujours redouté l'usage intérieur ; Esquirol les rejette comme pouvant occasionner des accidents graves. Rien, il est vrai, dans les faits que nous avons cités, ne justifie une telle proscription. Ils portent à penser, au contraire, que, restreint dans les limites de la prudence, le traitement par les cuivreux ne saurait exposer à des inconvénients notables. On ne s'est point abstenu du nitrate d'argent, dont l'action analogue est cependant beaucoup plus énergique.

Les préparations cuivreuses s'administrent en pilules ou en solution. Leurs doses sont insuffisamment précisées. Celle de l'hydrochlorate a pu être élevée jusqu'à 8 et 9 grains. Quant au sulfate et à l'ammoniure, les proportions ont été beaucoup moindres, puisqu'elles ont varié seulement d'un sixième de grain à 1 et 2 grains ; encore n'est-ce que graduellement, et en tenant

compte des résultats obtenus, qu'il convient d'arriver à cette dernière dose.

Dans un endroit précédent de ce travail, nous avons déjà eu occasion de signaler les heureux résultats des boissons acidules, et en particulier de l'oxymel et de l'oxycrat préconisés dans l'épilepsie, l'un par Galien, l'autre par Rivière ; mais nous ne passerons point sous silence ici l'acide sulfurique, que sa causticité rapproche des substances dont nous venons de faire l'histoire. L'esprit de vitriol ou de soufre, ainsi que l'on appelait autrefois l'acide sulfurique, fut d'abord employé par Paracelse avec des succès qui lui valurent des partisans et des imitateurs. (Tissot, *De l'épilepsie*, p. 396.) Angelus Sala mit en vogue l'esprit de vitriol. Cnofell, médecin polonais, est un de ceux qui en ont fait le plus d'usage ; Panarolus l'a vu opérer de belles cures ; Desaulx enfin cite trois épileptiques dont il rapporte la guérison à son emploi. Quant à Tissot, qui reproduit ces détails, il dit s'en être servi souvent en même temps que de la racine de valériane *pour empêcher*, suivant ses expressions, qu'elle n'échauffe. Il mentionne notamment un jeune homme de dix-neuf ans, à qui la combinaison de ces deux remèdes parut faire le plus grand bien.

Excepté cette observation, dans aucun des autres cas le mode d'administration, les doses et les effets du médicament ne sont indiqués. Le malade de Tissot prenait trois prises de valériane avant midi, et trente gouttes d'esprit de vitriol deux heures avant son souper. Si l'on en croit cet auteur, la principale vertu de l'acide sulfurique consiste à émousser la sensibilité des nerfs.

L'huile ou essence de térébenthine est assez accréditée en Angleterre comme anti-épileptique. Ses propriétés vermifuges inspirèrent d'abord l'idée d'y avoir recours dans les cas où l'on supposait que la maladie pouvait être entretenue par des vers ; mais on ne voit point que, dans les cures qu'on lui attribue, l'expulsion de ces parasites ait été fréquemment signalée ; de sorte qu'au lieu d'être circonscrite à l'épilepsie vermineuse, comme on aurait pu le présumer, son efficacité s'étendrait à l'affection en général, sans acception d'espèces. Les premiers faits dont nous ayons connaissance ont été publiés par le docteur Edw. Perceval, dans le *Journ. méd. d'Édimbourg* (t. IX, 1813). Ils sont au nombre de trois et annoncent des succès variés. Dans le premier cas, celui d'une jeune fille de vingt ans (Eléon. Wall), les attaques étaient survenues à la suite d'un coup sur la tête. Elles se renouvelaient depuis quatre ans deux et trois fois par jour. L'huile de térébenthine fut d'abord donnée à la dose de 2 gros, puis successivement jusqu'à celle d'une once, par fractions dans les vingt-

quatre heures. La malade fut complétement guérie. Quelques symptômes du côté de l'estomac, en particulier des crampes, entravèrent momentanément la marche du traitement. Chez les deux autres sujets, dont la situation ne fut qu'améliorée, ni le tube digestif ni l'appareil urinaire ne furent affectés par le remède. Le même journal renferme en outre trois observations, une dans ledit neuvième volume, du docteur Lathanne, et deux dans le onzième, du docteur David Lightgow; mais, dans ces dernières observations, le médicament a échoué ; aucune n'établit que la prescription ait été basée sur des indications spéciales. Divers cas analogues sont encore rapportés dans la *Bibliothèque britannique* (octobre et novembre 1815). M. Gibert, enfin, dans son mémoire sur l'épilepsie (*Rev. méd.*, t. III, 1835, p. 357), en mentionne lui-même un, recueilli à l'hôpital Saint-Louis, en 1819. On eut affaire dans ce cas à un enfant de dix ans, dont l'épilepsie était récente, quotidienne, et entée sur une chorée. On lui fit prendre et continuer 1 gros d'essence de térébenthine dans une potion de 5 onces. Il survint dans le principe des nausées et des vomissements, les accès augmentèrent d'intensité et de fréquence ; mais ces symptômes et cette aggravation ne tardèrent pas à disparaître. Devenues de plus en plus rares, les attaques cessèrent tout à fait ; il y avait près de deux mois qu'elles ne s'étaient montrées quand le malade sortit de l'établissement.

D'après ces faits, il est difficile d'être fixé sur le degré de confiance que mérite l'huile volatile de térébenthine dans le traitement de l'épilepsie. Cette substance, d'ailleurs, est âcre, brûlante, et excite aisément la répugnance. Autrefois on n'osait en administrer que des doses très-faibles, dix gouttes au plus. L'expérience a prouvé qu'on pouvait aller bien au delà, puisque quelques praticiens n'ont pas craint d'en prescrire une et plusieurs onces. Cependant il ne faudrait pas tomber d'un excès dans un autre. L'huile essentielle de térébenthine est loin d'être toujours sans agression. Très-souvent elle provoque, et promptement, des selles copieuses et répétées, de la strangurie, des vertiges, du délire. Son emploi exige, par conséquent, des précautions vigilantes et veut être subordonné aux impressions qu'elle cause aux organes. Elle s'administre communément dans un véhicule aromatique.

Des substances douées à certains égards des mêmes vertus, mais beaucoup plus actives que la précédente, les cantharides et le phosphore, ont aussi été contre le mal épileptique l'objet d'essais rarement imités. Fricius (*De venenorum virtute medica*,

p. 161), Stocker (*De usu cantharidum*, p. 78), Mercurialis (*De morbis puerorum*, lib. 1, cap. 3), citent quelques guérisons obtenues à l'aide des cantharides. Zacutus Lusitanus aurait également fait cesser des convulsions épileptiques, dues à la suppression des urines, en faisant prendre au malade de la poudre de ces coléoptères dans de l'huile d'amandes douces (*Praxis admirabilis*, lib. 1, obs. XXXV). Un hasard singulier mit le docteur Clara, d'Édimbourg, sur la trace de leurs propriétés sous ce rapport. Il eut à donner ses soins à un malade pour une incontinence d'urine. Cet individu était en même temps atteint d'épilepsie depuis quinze ans, et avait des attaques fréquentes. Or, lui ayant ordonné de la teinture de cantharides à la dose de vingt gouttes en trois fois dans la journée, il vit, à son grand étonnement, les accès épileptiques, devenant de plus en plus rares, cesser définitivement au bout d'un mois. Plusieurs fois depuis il eut encore à se féliciter de l'emploi du même moyen (*Journ. de méd.*, t. LIII, p. 454).

On sait la terrible influence des cantharides, même à faible dose, sur les organes génitaux. Portal a toujours été détourné de recourir à ce remède dans l'épilepsie par les désastreux résultats que de jeunes et imprudents libertins lui ont fourni l'occasion de constater. Ce n'est, en effet, qu'avec une circonspection extrême qu'il faudrait se décider à le prescrire dans des cas d'atonie et de faiblesse. Évidemment les cantharides seraient contre-indiquées s'il y avait susceptibilité trop vive de l'appareil générateur, pollutions nocturnes, tendance à l'onanisme. La poudre se donne en pilules, dans du sirop, du miel, une huile douce, etc., depuis 5 jusqu'à 10 centigrammes. Notre choix se fixerait de préférence sur la teinture, comme plus facile à administrer et plus douce peut-être dans son action. La dose ordinaire de cette teinture, d'après les formulaires, est de 4 à 12 gouttes. On a vu que le docteur Clara en a conseillé 20 gouttes. M. Devergie, dans les affections cutanées, où elle est très-usitée, la pousse quelquefois à l'énorme proportion de 40 gouttes.

Les dangers que l'on a reconnus aux cantharides ne sont pas moindres pour le phosphore. Brugnatelli, l'auteur de ce remède, dit Portal, ne l'a jamais administré sans inconvénient. Quarin rapporte de son côté que Wurzer en a vu des effets très-fâcheux (*De epilepsiâ*, t. II, p. 20). D'après Alibert, le phosphore aurait, à la faible dose de 2 grains, déterminé la mort de deux malades soignés, l'un par A. Weikard, l'autre par Bréra (*Nouveaux élém. de thérap.*, t. I, p. 193). Cet auteur cite encore les expériences sur les animaux du professeur Giulio, de Turin, desquelles il

résulte que l'agent dont il s'agit produit une phlogose dans l'œsophage et les intestins, et occasionne sur les nerfs de ces parties une impression cuisante suffisante à elle seule pour en expliquer les effets meurtriers. En outre, il surexcite violemment les forces musculaires et cause de vives ardeurs vénériennes. Quant à son influence sur l'affection épileptique, les expériences auxquelles se sont livrés plusieurs praticiens n'offrent rien de bien concluant. Elles porteraient même à croire que le phosphore a généralement été plutôt nuisible que favorable aux épileptiques. Handel, à la vérité, entre autres exemples de cure radicale, cite celui, digne de remarque, d'une jeune fille de seize ans, d'une constitution délicate et très-irascible. Le moindre accident suscitait en elle des cardialgies, des entéralgies violentes auxquelles succédaient des convulsions épileptiques. On avait tenté inutilement tous les moyens. Un jour qu'elle devait faire usage d'une infusion de menthe poivrée, elle se méprit et but, par mégarde, environ 32 grammes de l'eau d'une fiole qui contenait du phosphore. On assure qu'il n'y eut plus de paroxysmes (*Bibl. thérap. de Bayle*, t. II). Divers faits d'amélioration plutôt que de guérison ont encore été publiés par Mendel, médecin de l'armée de Mayence (*Journ. de méd.*, t. I, p. 448), et par M. Bonorden, chef du service de santé du pénitencier d'Herford (*Annuaire de thérapeutique* de M. Bouchardat, p. 76, 1846).

Mais, à côté de ces témoignages, il en est d'autres moins avantageux. Alphonse Le Roi a plusieurs fois administré le phosphore à des épileptiques, soit pendant les accès, soit pendant l'apyrexie, sans en retirer jamais aucun bénéfice réel. De son côté, Alibert a répété à Saint-Louis des essais qui n'ont pas mieux réussi. Un homme languissait depuis trois années, en proie à une épilepsie dont les attaques rapprochées l'avaient jeté dans un marasme extrême. Tous les antispasmodiques avaient été inutilement employés. « Je lui fis administrer, dit Alibert, 1 grain de phosphore longtemps trituré dans un mucilage de gomme adragant, d'après la méthode de M. Hufeland. Cette préparation, donnée par prises dans les vingt-quatre heures, fut continuée pendant un mois : le malade n'en éprouva nul soulagement ; au contraire, les digestions étaient devenues laborieuses ; il disait être tourmenté par des coliques et des vers. » Cinq autres observations, ajoute ce médecin, n'ont pas eu une issue plus heureuse.

On doit donc à la fois n'ajouter qu'une foi médiocre à l'efficacité du phosphore et redouter les conséquences de son usage. Les cas où il paraîtrait le plus convenir sont ceux où la maladie s'accompagne d'épuisement nerveux, et surtout d'atonie génitale.

Il faut, d'après ce qui a été observé, être réservé sur les doses. Dans certains formulaires, on propose celle de 1 à 5 décigrammes. Cette indication est exagérée. Brugnatelli en faisait dissoudre 8 grains dans 1 once d'alcool, et le prescrivait par gouttes dans un véhicule approprié. M. Bonorden donne de 10 à 30 gouttes par fractions progressives d'éther phosphoré, auquel se trouvent associés, sur 96 grammes : teinture de coloquinte, 4 grammes ; *id.* d'arnica, 8 grammes ; extrait de noix vomique, 50 centigr. Nous avons indiqué la méthode d'Hoffmann et d'Alibert. D'autres adoptent l'huile phosphorée (2 décigrammes de phosphore par 30 grammes d'huile), ou l'administration sous forme de looch. Au surplus, nous pensons, avec les deux derniers auteurs que nous venons de nommer, que, dans les prescriptions du phosphore, il y aurait inconvénient à dépasser la dose de 10 centigr., et que 5 centigr. suffisent pour produire les résultats que l'on espère.

On s'est imaginé de soumettre des épileptiques à des inspirations d'air suroxygéné ; mais ces tentatives, qu'Esquirol assure avoir été faites en Angleterre, n'ont été suivies que d'un médiocre succès.

Des médecins modernes, à l'instar du professeur Coze, de Strasbourg, qui s'en était servi contre le tétanos, ont également cherché à utiliser dans le traitement de l'épilepsie, maladie que caractérisent les convulsions, la propriété attribuée au gaz acide carbonique de déprimer les forces musculaires. Malheureusement cette dépression n'est point primitive ; elle est subordonnée à la congestion cérébrale qu'entraîne le gaz carbonique, c'est-à-dire à un état qui lui-même constitue une prédisposition des plus prochaines à l'épilepsie. Aussi n'a-t-on pas lieu de s'étonner que l'attente des praticiens qui avaient favorablement auguré de ce nouveau moyen ait été déçue (Scip. Pinel, *Traité de path. céréb.*, p. 515). L'acide carbonique n'est pas, d'ailleurs, seulement indifférent, il peut être nuisible. Plus haut, en effet, nous avons reconnu déjà que certaines eaux minérales n'aggravaient la position des épileptiques que parce qu'elles contenaient en dissolution une proportion plus ou moins grande de ce principe.

Une cure d'épilepsie a été opérée par le chlorure d'oxyde de sodium dans une circonstance curieuse. M. Bataille rapporte qu'une femme épileptique, qui avait de fréquents accès, ayant pris une forte dose de ce sel dans l'intention de s'empoisonner, éprouva en effet tous les symptômes d'une véritable intoxication, mais ne mourut point, et fut au contraire guérie de sa maladie, qui n'avait pas reparu depuis sept ans (*Annal. psychol.*, t. VII, p. 445, 1846). N'y aurait-il point à tenir compte, dans ce cas, de

l'impression morale qui a dû résulter de la tentative avortée de suicide ?

Quelquefois, ainsi qu'on a pu le voir dans les faits précédemment exposés, on a associé aux anti-épileptiques un peu de noix vomique, sans qu'on entrevoie très-clairement le but de cette association, à moins qu'on n'ait voulu, en modifiant la forme des mouvements convulsifs, arriver à les faire disparaître. Mû sans doute par un pareil désir, M. Brofferio a employé directement la strychnine elle-même, mais sans succès. Le malade, âgé de trente-deux ans, atteint depuis son enfance, avait de huit à dix accès dans les vingt-quatre heures. Porté successivement de 1/6 à 2/3 de grain, le médicament fit d'abord cesser les attaques nocturnes. Malheureusement, ce ne fut pas sans une compensation funeste. Chaque prise du remède donnait lieu à des défaillances prolongées et à des contractions auxquelles succédait une impotence plus ou moins prononcée des membres ; enfin la mort survint dans un accès. Il est évident que, si la strychnine est capable de modérer le mal, elle exerce en même temps sur la moelle épinière une influence délétère qui doit la faire exclure du traitement de l'épilepsie. De l'aveu de l'auteur lui-même, l'action de cette substance est insidieuse, tend à produire des accidents tétaniques et à détruire la vie (*Rev. méd.*, t. IV, p. 489, 1825).

Anciennement, la joubarbe était assez usitée en médecine. Le suc d'une de ses variétés, le *sempervivum tectorum*, passait pour avoir des propriétés siccatives et calmantes. En injections dans le vagin et le rectum, il apaisait les vives douleurs de ces parties. On l'appliquait, à l'extérieur, à la cicatrisation des plaies ; il s'administrait de même, à l'intérieur, à titre de dépuratif. Une autre espèce de cette plante, moins connue que celle-ci, la petite joubarbe, *sedum acre*, paraît n'être pas sans efficacité chez les épileptiques. Dans sa *Phytographie médicale*, M. Roques rappelle les succès de ce genre que les Allemands auraient obtenus. Laubender a fait une note dans le même sens. Le docteur Peters, dont le père avait confiance au sedum acre, raconte lui-même cinq cures ou améliorations que lui a procurées ce moyen. Son premier malade, tombé par suite d'une frayeur, avait de fréquentes attaques depuis quinze ans ; il lui fit prendre matin et soir 20 grains de petite joubarbe en poudre. Deux onces furent consommées de la sorte et les convulsions disparurent. Même résultat chez le second, dont l'affection remontait à une trentaine d'années, et se répétait deux fois par mois. Le troisième, une jeune fille de seize ans, que les chutes surprenaient chaque mois au moment des règles, s'en trouvait débarrassée depuis cinq mois, après avoir

avalé une once et demie du remède. Une guérison complète n'eut pas lieu chez les deux autres, mais les accès ne se montraient plus qu'à des intervalles très-éloignés. Dans un de ces derniers cas, l'épilepsie s'accompagnait de chorée (*Journ. de méd.*, t. LVII, p. 118).

Le *sedum acre* faisait encore partie du traitement complexe de M. Fauverge, qui le donnait à la dose de 1 à 2 gros. Toutefois, dans l'une des trois observations que ce confrère mentionne, non-seulement la suspension des accès, opérée dès l'abord, ne fut que provisoire, mais, après la récidive, le médicament demeura désormais sans effet (*Journ. gén. de méd.*, t. XCVIII, p. 156). Engagé par les faits de M. Fauverge, le docteur Godier employa à son tour le *sedum acre* : il le prescrivit à deux malades qui, s'ils ne guérirent pas radicalement, éprouvèrent du moins une amélioration considérable. Tous les deux avaient des attaques mensuelles depuis plusieurs années. L'un n'eut qu'un accès après un intervalle de huit mois, l'autre seulement trois dans l'année (*Rev. méd.*, t. III, p. 469, 1829).

A quoi sont dues les vertus de la petite joubarbe? D'après M. Roques, elle provoquerait des vomissements et des selles sans nombre, qui, pour le dire en passant, devraient être un grand obstacle à une administration longtemps continuée. Ce serait donc un purgatif; mais les autres médecins, sans insister d'ailleurs sur le mode d'action du *sedum acre*, se taisent sur le grave inconvénient signalé par M. Roques. Vraisemblablement, les effets éméto-cathartiques attribués à cette substance, et que, dans son *Traité de Thérapeutique*, reconnaît Alibert lui-même, ne sont pas constants et n'ont lieu que sous l'influence de doses un peu élevées. Les services qu'elle rendrait dans l'épilepsie, si tant est qu'ils soient réels, reposeraient, en conséquence, sur une modification générale imprimée à l'organisme.

Quelques médecins ont prescrit soit le suc, soit la décoction de *sedum acre*. Dans les observations qui précèdent, on a eu recours à la poudre. Le docteur Peters a fait dessécher la plante au four avant de la pulvériser. Les quantités ordonnées par ce dernier ont varié, nous l'avons vu, de 1 à 2 grammes. Moins timides, MM. Fauverge et Godier ont porté la dose de 4 à 8 grammes. De nouvelles expériences pourraient seules fournir, sous ce rapport, des indications certaines.

Nous rangerons ici un médicament auquel les Suisses paraissent accorder quelque confiance ; le *selinum palustre*, de la famille des Ombellifères. Cette plante, inconnue dans nos matières médicales et à peine mentionnée dans les grands ouvrages de bo-

tanique, renferme, d'après l'analyse de Peschier, une huile volatile fixe, un principe sucré et divers autres éléments moins intéressants. Parmi les épileptiques traités à l'hôpital d'Argovie, cinq furent guéris par le *selinum palustre* dans l'espace de trois ans, notamment une jeune fille scrofuleuse, dont les accès très-rapprochés, ayant augmenté sensiblement sous l'impression des premières prises, cédèrent ensuite dès qu'on eut élevé la dose de 30 grains, administrés en trois fois dans la journée, à 45 et à 54 grains. Deux autres cures analogues furent obtenues dans le même canton, par le docteur Annuau, sur deux frères atteints du mal caduc (*Rev. méd.*, t. IV, p. 102, 1828).

Les auteurs ne s'expliquent point sur les mouvements que le *selinum palustre* suscite dans l'économie. Peschier croit que le principe de son action réside dans l'huile volatile et la matière sucrée. Suivant les contre-indications établies par le docteur Schmutziger, on est induit à penser que le remède agirait en surexcitant les intestins et le système génital; car il recommande de s'en abstenir dans le cas d'engorgement abdominal ou de sensibilité des organes générateurs. Ce médecin propose, du reste, d'en ordonner 20 grains de cinq en cinq heures.

Le docteur Sommer assure avoir guéri trois épileptiques avec la gratiole, qu'il préconise spécialement dans l'épilepsie vermineuse (*Journ. gén. de méd.*, t. III, p. 412). Cette plante, appartenant à la famille des Scrofulariées, et connue dans les campagnes, où l'on s'en sert pour se purger, sous la dénomination d'*herbe aux pauvres*, est, on le sait, un drastique énergique dont la médecine a pour ainsi dire abandonné l'usage à cause de sa violence même. Quand on la prescrit, c'est ordinairement en lavements plutôt qu'à l'intérieur. Le docteur Sommer a suivi cette habitude. Les lavements préparés avec 1/2 once de gratiole et un peu de savon ont donné lieu, dans tous les cas, à des évacuations séreuses abondantes. Toutefois, des observations relatées par Alibert sembleraient prouver qu'on aurait un peu exagéré les inconvénients de ce médicament. En effet, à Saint-Louis, où on l'a essayé chez des malades atteints d'affections cutanées, non-seulement on a pu en administrer la décoction en potion à doses assez fortes (1/2 once de gratiole pour 3 onces d'eau), mais l'action purgative, très-modérée les premiers jours, cessa de se manifester les jours suivants (*Élém. de thérap.*, t. II, p. 320). S'il avait vraiment des avantages, on ne devrait donc pas, *à priori*, être arrêté par la crainte d'une superpurgation dangereuse.

Dans l'art vétérinaire, on désigne sous le nom de châtaigne, ou en latin *crusta genu equini*, une sorte de croûte cornée épi-

dermique qui se forme à la partie interne des jambes, au-dessous du genou ou du jarret du cheval, se dessèche et tombe plusieurs fois dans l'année. Un médecin, le docteur Mettaüer, a conçu l'idée d'utiliser cette substance dans le traitement de l'épilepsie, ou plutôt s'est laissé guider en cela par l'expérience de son père, qui paraîtrait avoir dû à ce singulier moyen plusieurs succès. Notre confrère emploie la châtaigne en poudre à la dose de 2 à 20 grains, ou sous forme de teinture, avec le soin de faire précéder son administration de l'usage de quelques laxatifs (*Journ. des conn. méd.-chirurg.*, p. 272, 1835-1836). Comment s'en expliquer les propriétés ? La chose est difficile par le manque absolu de détails, tant sur les éléments constituants du remède que sur les phénomènes produits par lui dans l'économie.

Le gui, surtout celui de chêne, auquel la superstition attachait des vertus miraculeuses, était fort réputé chez les anciens pour guérir l'épilepsie ; mais il a perdu de nos jours son antique renommée. Cependant, un certain nombre de faits porteraient à croire qu'il n'est pas tout à fait dépourvu d'efficacité, malgré l'opinion contraire de Tissot, de Portal et d'Esquirol. Colbacht, qui cite plusieurs exemples de ses succès, le rangeait, comme spécifique, sur la même ligne que le quinquina dans les fièvres intermittentes. Boyle a délivré de ses accès une dame dont la maladie était héréditaire, en lui faisant prendre tous les matins une drachme de ce médicament dans un peu d'eau de cerises noires ou de bière (*De utilitate natur. philosoph.*, part. II, sect. 5, cap. 7). Le gui a également en sa faveur le sentiment de Cartheuser, Jacobi, Loeseke, Van Swieten, Dehaen, qui en font plus ou moins de cas et ont eu à s'en louer non-seulement dans l'épilepsie, mais dans d'autres affections convulsives. Il en est de même de Werlhoff, qui, chez un épileptique, l'a heureusement associé à la scille (*Supplément du Journ. gén. de méd.*, p. 367).

On distingue dans le gui les baies, qui sont drastiques, les feuilles et l'écorce, qui contiennent des principes aromatiques et amers. Ces dernières seules s'appliquent aux convulsions épileptiques. On les conseille en poudre, depuis 1/2 gros jusqu'à 1 gros dans un véhicule approprié, ou en infusion dans du vin blanc, à la dose d'une 1/2 once sur 5 à 6 onces de liqueur.

Nos devanciers donnaient le nom de céphaliques ou céphalactiques à divers médicaments qu'ils croyaient propres à combattre les maladies de la tête. Les matières médicales modernes ont perdu la trace des substances qui composaient cette catégorie pharmaceutique. Quoi qu'il en soit, les céphaliques ont été employés chez les épileptiques, et on lit dans le *Journal de méde-*

cine de Lallement, t. XXV, p. 46, l'exemple d'une épilepsie quotidienne guérie par ces moyens unis à des cautères.

Ici se termine l'historique des agents réputés spécifiques de l'épilepsie. Plût à Dieu que cette longue nomenclature ne fût pas, comme cela a trop souvent lieu en médecine, plutôt un témoignage d'indigence que de richesse ! Elle ne complète pas toutefois ce qui regarde le traitement du mal caduc. Nous avons à mentionner encore une série de remèdes qui, sans être à proprement parler des anti-épileptiques, ont été vantés et peuvent avoir leur utilité dans des cas déterminés. Les uns consistent dans des ébranlements soit physiques, soit moraux, destinés à prévenir le mouvement spasmodique qui provoque les accès ; les autres ont pour but de détruire ou de modifier certaines conditions de l'économie, générales ou locales, auxquelles l'affection se rattache.

De quelques traitements spéciaux. — De l'aveu de tous les auteurs, la tranquillité de l'âme est indispensable aux épileptiques. Tels sont pour eux les dangers des commotions morales, que très-souvent leur maladie ne reconnaît point d'autre cause que le passage subit d'un état de calme à celui d'une agitation violente, qu'une contrariété vive, qu'une brusque frayeur, que la nouvelle inattendue d'un événement capable d'exciter ou une joie excessive ou une profonde douleur. Quelquefois, cependant, des impressions de ce genre ont aussi amené des résultats différents. On a vu des épileptiques délivrés de leurs attaques par l'effet d'une surprise ou d'une peur. Quand les accès ont cessé à la suite d'une grave opération ou d'une brûlure, nul doute que l'étonnement et l'attente, si naturellement produits en cette circonstance, n'y aient autant contribué que la douleur et la suppuration des plaies. Il n'y a là, du reste, rien qui ne se remarque dans d'autres névroses, et en particulier dans l'aliénation mentale et la fièvre intermittente, qui peuvent ainsi naître et se dissiper sous une influence morale. Mais ces cures fortuites suffisent-elles pour servir de base à des indications thérapeutiques ?

Georget blâme cette sorte de méthode homœopathique, à laquelle quelques praticiens, à ce qu'il paraît, n'ont pas craint de recourir. « Il faut, dit-il, que l'épilepsie soit une affection bien terrible pour qu'on pardonne l'emploi de moyens aussi barbares.» D'autres écrivains ont exprimé la même opinion, et avec une apparence de raison ; car on doit toujours redouter d'aggraver les accidents au lieu de les faire disparaître. Quant à nous, pourtant, nous ne voudrions point condamner d'une manière absolue les perturbations morales. On ne saurait sans témérité imposer

de strictes limites à la puissance de l'art. Dans une épilepsie occasionnée justement par une frayeur au moment si difficile de l'éruption des règles, M. Girard, médecin de l'Asile d'aliénés d'Auxerre, attribue la guérison à l'action d'une crainte modérée exercée à propos sur la malade (*Ann. psychol.*, t. VIII, p. 465, 1846). Et pourquoi, en effet, en y apportant les ménagements convenables, en tenant compte de la sensibilité des individus et de l'intensité du mal, ne serait-il pas possible de remuer l'imagination des épileptiques et de favoriser la disparition de leurs accès par des impressions plus ou moins soudaines, ingénieusement conçues et incapables de laisser au fond du cœur la tristesse ou le désespoir ?

Des secousses d'une autre espèce, celles qui résultent de l'application de l'électricité, soit par la machine électrique, soit par la pile voltaïque, ont été mises en usage dans l'épilepsie ; mais les tentatives auxquelles on s'est livré à cet égard, très-peu nombreuses d'ailleurs, ne paraissent pas avoir répondu aux promesses de la théorie. Si l'on en croit une observation de Maisonneuve (*Mémoire*, p. 81), l'électricité serait inutile, peut-être même dangereuse chez les épileptiques. De très-habiles médecins, dit Portal, s'étaient déjà élevés contre ce moyen, d'après de fâcheux effets qu'ils en avaient observés. Esquirol et M. Scip. Pinel en révoquent également en doute les avantages. Néanmoins, recommandé par le docteur Mansfield, nous avons rencontré dans les annales de la science deux cas qui ne lui sont point défavorables. Dans l'un de ces cas, publié par le docteur Pearson (*Rev. méd.*, p. 323, 1827), les attaques, qui dataient de six mois et étaient fréquentes, n'avaient pas reparu depuis douze ans. Chez le second malade, enfant de douze ans, atteint à l'âge de six ans, à la suite d'une peur, les accès, faibles et rares d'abord, et plus tard intenses et répétés, avaient seulement cessé depuis six mois (*Journ. des conn. méd.-chirurg.*, octobre 1842). L'hydrocyanate de fer et de potasse était resté sans effet.

Les procédés suivis dans cette double circonstance ne furent point les mêmes. Chez le sujet de la dernière observation, on eut recours à la galvano-puncture. Deux aiguilles fixées, l'une sur l'estomac, l'autre au niveau de la première vertèbre cervicale, furent mises en communication par un fil au milieu même ou dans l'imminence de l'attaque, et, chose remarquable, ces opérations eurent presque constamment pour résultat de conjurer instantanément les accidents. On employa chez le premier la méthode de Mansfield. Voici en quoi consiste cette méthode : on pose un petit vésicatoire à la nuque, un autre à la partie in-

terne du genou ; l'épiderme soulevé, on place sur les plaies un morceau très-mince d'éponge mouillée que l'on recouvre d'une rondelle de drap également imbibée d'eau. Cet appareil ainsi préparé est enfin complété au cou par une plaque d'argent, au genou par une plaque de cuivre; lesquelles sont laissées en rapport galvanique pendant douze à vingt-quatre heures.

Ces faits sont évidemment trop peu explicites pour permettre de juger de la valeur, des inconvénients et du meilleur mode d'administration de l'électricité. Peut-être ne mérite-t-elle pas la proscription qui semble peser sur elle. Des données aussi incertaines sont, en effet, insuffisantes pour vouer à l'abandon un agent dont le raisonnement plaide la cause. C'est un procès à reviser par de nouvelles expériences.

Ordinairement, on choisit pour l'application de l'électricité l'approche ou le moment des accès ; Portal, et en cela nous partageons son avis, se demande s'il ne vaudrait pas mieux faire cette application dans l'intervalle des paroxysmes. Mais, ajoute-t-il, « aucune observation, que nous connaissions, ne nous apprend que l'électricité, ainsi administrée, ait été efficace. »

Quelques auteurs assurent avoir eu d'heureux effets des aimants artificiels sur les épileptiques, mais leurs assertions ne reposent sur aucune preuve positive. Les nombreux essais dont Klarech rendit compte à la Société royale des sciences de Goettingue, ceux qu'entreprirent Thouret et Andry, à qui l'on doit un traité si complet et si intéressant sur le fer aimanté, concernent plutôt les paralysies et les névralgies proprement dites que l'épilepsie elle-même, qui est à peine mentionnée dans leurs écrits. Dans les indications relatives à la manière de se servir des aimants, il n'y a rien non plus qui se rapporte à cette maladie. En présentant des barreaux à distance, en appliquant plus ou moins immédiatement sur la peau les armatures magnétiques, bandeaux, colliers, jarretières, plaques, etc., le but constant est de ramener le mouvement ou de calmer les souffrances des parties. On ignore par conséquent quel peut être le degré d'utilité des aimants dans l'épilepsie, dans quelles circonstances ils conviennent, où et avec quelles précautions ils peuvent être placés. Vraisemblablement les cas de leur emploi sont ceux où l'aura précède les accès. Il faudrait alors les établir au point de départ ou sur le trajet de cette aura, afin d'empêcher l'explosion des convulsions et, par l'interruption de l'habitude, en faire cesser le retour. On pourrait également les poser sur les divers points ou au voisinage de la tête, le long de la partie supérieure de la colonne vertébrale, dans les épilepsies essentielles.

On a cherché à se rendre compte, mais assez vainement, du mode d'action des aimants. Thouret et Andry se bornent à déclarer qu'ils exercent une influence marquée sur les propriétés vitales, par l'intermédiaire du système nerveux; ce qui est une explication passablement vague. M. Dumont, dans un rapport sur un travail de M. G. Beydle, ajoute qu'il se manifeste des picotements et de la rougeur dans la direction du pôle nord.

Ces symptômes, du reste, sont, d'après lui, obscurs, et il ne lui semble pas bien prouvé qu'ils soient indépendants des conditions accessoires de l'application de l'aimant (*Annuaire de thérap.*, p. 81, 1843). (*La suite à un prochain numéro.*)

---

3. *Choléra morbus* (1).

(Gazette médicale de Paris, N° 45 ; 1847.)

Saint-Petersbourg, le 7 octobre.

Dès la première époque de son apparition en Russie, le choléra épidémique s'avança exclusivement dans la direction du nord-ouest. Depuis les derniers jours d'août, sans quitter du reste cette direction primitive, il commença cependant à se propager aussi sur les côtés, de manière qu'il apparaissait en même temps au nord, au nord-est et à l'ouest des localités où il régnait. Ainsi, la maladie s'avançait progressivement du sud et du sud-est vers Moscou ; au milieu de septembre, elle était déjà dans les gouvernements de Toula et de Riazan. Enfin, elle se manifesta, le 18 septembre, dans notre antique capitale. Depuis cette date jusqu'au 25, il y a eu à Moscou 15 personnes atteintes de la maladie, 11 hommes et 4 femmes, pour la plupart de basse condition. Quelques-uns de ces malades avaient antérieurement eu pendant assez longtemps la diarrhée ou des fièvres intermittentes ; ces maladies avaient dégénéré en choléra à la suite de l'usage que ces malades avaient fait de fruits verts et d'autre nourriture indigeste, ou bien pour être restés longtemps en plein air par une température froide et humide. Sur ces 15 malades, il en est mort 9. Plus d'une semaine avant l'apparition de la maladie à Moscou, il y avait eu un cas de choléra à Serpoukhoff, gouvernement de Moscou. Un individu, arrivé de Voronége, y avait été atteint de la maladie, le 10 septembre, dans une auberge, et était mort peu après; cet accident, toutefois, n'avait pas eu de résultats immédiats pour la santé des habitants de la ville comme des environs. D'après les renseignements reçus par le ministère

(1) Nous empruntons cet article au *Journal de Saint-Pétersbourg*, comme un document précieux et indispensable pour bien apprécier la marche actuelle du choléra morbus.

de l'intérieur, le choléra n'existe, à l'heure qu'il est, nulle part dans le gouvernement de Moscou, si ce n'est dans le chef-lieu.

Voici quelle est la situation actuelle du fléau dans les autres localités de l'empire où il a pénétré.

D'après des nouvelles reçues de Koursk le 13 septembre, les ravages que le choléra avait exercés dans cette ville commençaient alors à diminuer. Depuis cette date jusqu'au 18, jour auquel s'arrêtent les dernières nouvelles, l'intensité de la maladie continuait de décroître progressivement. Deux semaines après l'apparition du choléra à Koursk, il commença à se propager presque simultanément dans tous les districts du gouvernement de Koursk, où il ne s'était pas montré jusque-là; le 26 septembre, il éclatait dans la ville de Dmitrieff; le 29, dans les districts de Soudja, de Korotcha, de Rylsk et dans son chef-lieu; le 31 août, dans la ville de Bielgorod; le 7 septembre, à Stary-Oskol; le 8, dans la ville de Tim, dans les districts de Tim et de Lgoff; le 9, à Fatèje; le 12, dans le district de Poutivle, et finalement, vers le 15 du même mois, dans la ville de Novoï-Oskol et son district. Les districts de Graïvoron et de Soudja sont ceux qui ont le plus souffert, et parmi les villes, celles de Graïvoron et de Bielgorod. Le chiffre des malades dans cette dernière ville s'est élevé, du 31 août au 15 septembre, à 205 individus, dont 55 ont succombé. Le nombre des décès a été de 220 à Graïvoron depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 13 septembre, celui des malades ayant été de 489.

En somme, il y a eu dans le gouvernement de Koursk 2,408 malades depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 13 septembre et 959 décès. Enfin, on a compté dans la ville même de Koursk 1,593 malades jusqu'au 18 septembre et 1,040 décès.

Voici quels sont, pour la ville de Voronége, les chiffres des malades et des décès depuis le 14 jusqu'au 18 septembre :

15	septembre	51	malades	34	décès.
16	«	25	«	16	«
17	«	6	«	11	«
18	«	6	«	19	«

A partir du 19, il n'y a point eu à Voronége de nouveau cas de maladie; et depuis ce jour jusqu'au 22, il est mort 2 malades sur 9 qui restaient, et les 7 autres ont été guéris : on peut donc regarder les effets de la maladie comme ayant cessé dans cette ville. Pendant tout le temps qu'ont duré à Voronége les ravages du fléau, on y a compté 1,966 décès sur 5,013 malades. Dans les autres parties du gouvernement de Voronége, l'épidémie semble aussi actuellement être arrivée à son terme; elle se

maintient avec quelque rigueur seulement dans le district de Voronége, d'Ostrogojsk de Zemliansk et de Zadonsk. Le district de Bogoutchar, qui a été le premier visité par le fléau, en a aussi le moins souffert jusqu'à présent.

Les dernières nouvelles sur les progrès du choléra dans le gouvernement de Karkoff allaient jusqu'au 2 septembre. Depuis cette époque, la maladie continuait, tant dans le chef-lieu du gouvernement que dans les districts, sans rigueur spéciale, à l'exception pourtant du district de Starobielsk et de la ville de Biélovodsk, où elle sévissait avec un peu plus de force. Elle venait de pénétrer en dernier lieu dans le district de Voltchansk, qui était resté plus longtemps à l'abri de ses atteintes. Depuis le 2 jusqu'au 12 septembre, la ville de Kharkoff avait compté 379 malades et 135 décès, et depuis le commencement même de la maladie, le chiffre des premiers avait été de 1,084 et celui des décès de 339. Le nombre des morts dans les districts du gouvernement de Kharkoff, depuis l'apparition de l'épidémie jusqu'au 12, se montait à 1,713 sur 5,875 malades.

Dans le nombre des différents moyens de guérison employés dans le gouvernement de Kharkoff, le traitement du médecin Sledziewski, directeur de l'établissement hydropathique de Kotchetka, près de Tchougouïeff, a obtenu de la publicité et semble mériter une attention particulière. M. Sledziewski donne à ses malades, dès les premières atteintes du mal, un verre d'eau froide (4° R.), dans laquelle on a fait dissoudre une cuillerée à soupe de sel commun ; puis il enveloppe le malade dans un drap de lit trempé d'eau salée froide (12° R.) (on met un verre de sel pour une cuvette d'eau), et plusieurs hommes doivent frictionner le malade avec ce drap par tout le corps durant un quart d'heure ; ensuite on débarrasse le malade du drap et on l'essuie à sec ; on l'enveloppe alors dans une double couverture de laine et on l'oblige de rester couché plusieurs heures de suite, pendant lesquelles on lui fait prendre, toutes les cinq minutes, une grande cuillerée d'eau à la glace avec du sel. S'il a soif, on lui donne à boire de l'eau pure froide, quelquefois avec de la glace. Les frictions au moyen d'un drap de lit imbibé d'eau se répètent plusieurs fois s'il est nécessaire. Une transpiration abondante et générale indique la crise de la maladie. A mesure que le mal diminue, on administre l'eau salée à des intervalles plus rares, et vers la fin on y substitue, pour entretenir la transpiration, quelque boisson chaude de sureau ou autres semblables. Ce genre de traitement a été surtout pratiqué avec succès dans l'établissement hydropathique dont nous avons parlé, et chez les personnes qui

y avaient eu recours dès le commencement même de la maladie. Sur 5 malades traités d'après ce procédé, dans l'hôpital militaire de Tchougouïeff par M. Sledziewski lui-même, en présence de plusieurs autres médecins, 3 ont été guéris, dont l'un se trouvait dans un état extrêmement critique, 2 sont morts; mais il faut ajouter qu'ils n'avaient été soumis au traitement en question que lorsqu'ils se trouvaient déjà dans une situation désespérée.

Dans la ville d'Astrakhan, depuis le 19 septembre, et à Yénotaïevsk et à Tchernoï-Yar, depuis le 15 septembre, il n'y avait pas eu durant plusieurs jours de nouveau cas de choléra, qui continuait pourtant encore, mais très-faiblement, dans les districts dont ces deux dernières villes sont les chefs-lieux.

La maladie avait entièrement cessé à Rostoff sur le Don et à Taganrog vers le 1er et le 13 septembre.

L'épidémie continue de s'étendre dans les districts occidentaux du gouvernement de Catherinoslaff, se comportant assez faiblement dans ceux d'Alexandrovsk et de Pavlograd, et déployant plus d'intensité dans le district de Novomoskovsk. Les effets du fléau dans la ville même de Catherinoslaff sont à peine sensibles; depuis le commencement de son apparition jusqu'au 8 septembre, il n'y avait eu en tout que 10 malades dont 2 seulement étaient morts.

A Poltava, de même qu'en général dans le gouvernement de ce nom, la maladie ne gagne du terrain jusqu'ici que très-lentement, et ses effets se font sentir très-faiblement.

Il n'en est pas de même dans le gouvernement d'Orel, où le fléau marche rapidement et sévit avec rigueur. Ayant pénétré primitivement, dès la mi-août, dans la ville d'Yélets, près de la limite du gouvernement de Voronége, il fit son apparition, le 22 août, dans les districts d'Yélets et de Livny; le 1er septembre, dans le chef-lieu du gouvernement; le 6, dans le district de Sevsk, et finalement, le 14, dans la ville de Bolkhoff. Il y avait eu à Orel même 232 malades jusqu'au 22 septembre et 96 décès. Le nombre des malades dans les districts, depuis le commencement de l'épidémie jusqu'à la même date, s'élevait à 1,191, dont 417 avaient succombé.

La maladie, qui avait discontinué ses ravages à Saratoff depuis le 12 septembre, a attaqué de nouveau 3 personnes du 17 au 23, probablement à la suite d'un trop brusque retour à des habitudes d'intempérance; elle continuait encore çà et là dans les districts, mais en faiblissant graduellement.

Dans les gouvernements de Penza et de Tamboff, frappés presque simultanément par le fléau, il s'y maintenait jusqu'à

présent à un faible degré. Depuis son apparition à Penza jusqu'au 23 septembre, c'est-à-dire dans l'espace d'un mois, il avait attaqué en tout 70 personnes, dont 38 avaient succombé, et dans sept districts infestés, il était mort dans la même période de temps 248 individus sur 799 malades. La maladie agit plus lentement encore à Tamboff. Du 12 au 23 septembre, il y a eu en tout 45 malades et 34 décès. Outre les quatre districts du gouvernement de Tamboff, le choléra avait gagné depuis le 20 août les districts de Kirsanff et de Lébédiane, et la ville de Lipetsk. Dans le gouvernement de Tamboff, la ville de Kozloff avait le plus souffert, la mortalité y ayant été, du 5 au 22 septembre, de 294 individus. Le chiffre des décès, dans les autres districts, était, au 22 septembre, de 137. Le nombre des malades n'avait pas été déclaré.

Dans le gouvernement de Simbirsk, le choléra s'était borné, jusqu'au 17 septembre, aux villes de Samara, de Simbirsk et de Syzran avec son district. Il n'avait déployé quelque rigueur qu'à Samara, où le nombre des malades avait atteint, depuis le commencement de l'épidémie, le 8 septembre, jusqu'au 21, le chiffre de 464, dont 240 étaient morts. Il n'y avait eu à Simbirsk, pendant douze jours, que 35 malades et 20 décès.

Les renseignements les plus récents attestent que la maladie a reparu dans le gouvernement de Tauride, nommément le 7 septembre à Théodosie. Un serviteur de la ferme des Eaux-de-Vie, arrivant de Kertch, tomba malade pendant la nuit au relai de poste de Théodosie, et ayant été transporté sur-le-champ à l'hôpital des cholériques, il y mourut au bout de cinq heures; bientôt après, un serviteur de cet hôpital tomba malade du choléra. Le 8 septembre, l'épidémie avait été signalée au bazar des Arméniens, dans le faubourg de la ville de Pérékop, et, à la même date, dans un village du district de Mélitopol, dans la partie septentrionale du gouvernement, sur la limite de celui de Catherinoslaff.

Il n'a pas été reçu de renseignements ultérieurs sur la marche de l'épidémie à Toula, Nijny-Novgorod, Cazan et Riazan.

---

4. *Recherches statistiques sur les maladies de l'oreille;* par le docteur W. Kramer.

(Archives générales de Médecine, novembre 1847.)

Les recherches statistiques que nous allons faire connaître

(1) *Beiträge zur ohrenheilkunde*, ou Supplément aux Recherches sur les maladies de l'oreille, avec 19 tableaux statistiques; par le docteur W. Kramer. Berlin, 1845, pp. 314.

émanent d'un homme qui a depuis longtemps conquis une place honorable dans la médecine par ses recherches sur la pathologie de l'oreille, et dont nous avons déjà publié à diverses reprises les travaux remarquables. Il livre aujourd'hui au public le résultat de sa longue pratique et des recherches qui ont occupé quinze ans de sa vie; nous ne pouvons qu'applaudir à cette détermination.

Les matériaux de cette statistique ont été puisés, nous apprend M. Kramer, dans 2,000 cas, qui tous ont été l'objet de l'examen le plus attentif par tous les moyens d'exploration que possède aujourd'hui la science (*speculum auris*, cathétérisme de la trompe d'Eustachi, douche d'air, etc.). Les résultats de cet examen ont été consignés immédiatement dans un journal, où ont été notés en même temps l'âge, le nom et le lieu de la résidence des malades; la date de l'origine et les causes de la maladie; l'existence ou l'absence du tintement d'oreille et des autres symptômes; la puissance auditive de chaque oreille; le traitement suivi par le malade avant la consultation et celui prescrit par l'auteur, sa durée et ses conséquences.

M. Kramer a réuni tous ces éléments de la pathologie de l'oreille dans 19 tableaux, dont nous nous bornerons à faire connaître la portée et les résultats. Nous n'avons pas cru cependant devoir nous astreindre à l'ordre suivi par l'auteur de ces recherches, et nous en avons adopté un qui nous a paru à la fois plus logique et rendant plus facile l'intelligence de chiffres aussi nombreux et de conséquences aussi variées et aussi inattendues. Nous ajouterons enfin que nous avons dû accepter les désignations que M. Kramer a imprimées aux diverses maladies de l'oreille, et nous faisons cette remarque, principalement en vue de la *surdité nerveuse*, à laquelle notre auteur a fait jouer un rôle très-étendu, et sur laquelle les recherches de Toynbee, que nous avons publiées en même temps, ont jeté un grand jour en en signalant comme la cause principale l'épaississement de la membrane interne de la cavité du tympan, indépendamment de toute altération du nerf spécial de l'audition.

Les 2,000 cas de maladies de l'oreille que M. Kramer a examinés se sont répartis de la manière suivante : 5 (ou 1/400) maladies du pavillon ; 281 (ou 1/7) maladies du canal auditif externe ; 442 (ou 1/4 et demi) maladies de la membrane du tympan; 198 (ou 1/10) maladies de l'oreille moyenne ; 1,028, ou la moitié, des cas de ce que M. Kramer appelle *surdité nerveuse ;* et 46, ou 1/43, des cas de surdi-mutité.

Parmi les *maladies du pavillon*, M. Kramer compte 3 cas d'induration avec épaississement ; un érysipèle et un abcès. On aurait

tort cependant de regarder ce chiffre comme représentant la proportion exacte de ces maladies, les malades réclamant rarement les soins des médecins, et surtout des médecins spécialistes, pour ce genre d'affection.

Des 281 cas de *maladies du conduit auditif externe*, 213 étaient des cas d'accumulation de cérumen, résultant d'une inflammation érythémateuse du tégument qui revêt ce conduit ; 51 d'inflammation catarrhale de ce conduit ; 9 d'inflammation phlegmoneuse, et 8 de périostite avec carie. Ces trois dernières affections du conduit auditif étaient accompagnées d'un écoulement par l'oreille ; mais les écoulements dus à cette cause, au nombre de 68, ne formaient qu'une très-petite proportion, 1/7 environ, des 510 cas d'écoulements auriculaires que l'auteur a observés ; les 6/7 environ se liaient à une inflammation de la membrane du tympan.

Les 442 cas de *maladies de la membrane du tympan* se rattachaient de près ou de loin à l'inflammation de cette membrane ; l'inflammation était aiguë dans 45 cas, chronique dans 397. Les maladies de la membrane du tympan sont donc deux fois aussi nombreuses que toutes les maladies du canal auditif prises ensemble ; elles forment en outre, comme nous l'avons dit il n'y a qu'un instant, les 6/7 de tous les écoulements qui se font par l'oreille. Près du quart des cas de surdité reconnaissent pour cause l'inflammation de la membrane tympanique ou ses suites. En général, le canal auditif ne participe pas à l'inflammation de cette membrane.

Des 198 cas de *maladies de l'oreille moyenne*, 164 étaient des inflammations catarrhales de la membrane muqueuse avec accumulation de mucus ; 28 des inflammations avec rétrécissement de la trompe d'Eustachi ; 2 des oblitérations de cette même trompe, et 4 des inflammations avec abcès de la cavité du tympan. L'inflammation catarrhale de l'oreille moyenne avec accumulation de mucus formait donc 1/12 environ des 2,000 cas qui ont passé sous les yeux de M. Kramer, et les 4/5 de toutes les maladies de l'oreille moyenne. Cette fréquence de l'inflammation catarrhale dépend moins qu'on ne pourrait le supposer de la proximité de l'oreille moyenne, des fosses nasales et de la gorge, qui sont souvent elles-mêmes le siége d'affections catarrhales. On observe, en effet, assez souvent un peu de surdité dans le coryza ordinaire ; mais, en général, cette surdité disparaît avec le catarrhe des fosses nasales. Il est donc probable que, dans ce dernier cas, l'orifice seul de la trompe d'Eustachi est intéressé, et rarement la cavité du tympan elle-même ; car on ne voit ja-

mais le trouble de l'ouïe persister aussi longtemps après des affections de la gorge et des fosses nasales.

Le rétrécissement de la trompe d'Eustachi se montre rarement à un degré prononcé (dans le rapport de 1 à 71 sur la totalité des cas précédents, et de 1 à 7 pour toutes les maladies de l'oreille moyenne) ; l'occlusion complète de la trompe est encore plus rare. Quant à l'inflammation avec abcès de la cavité du tympan, M. Kramer pense que ce n'est jamais une maladie idiopathique, excepté lorsqu'elle est d'origine traumatique, mais qu'elle est toujours entée sur une inflammation chronique de la membrane interne du tympan, jointe à une inflammation chronique avec perforation de la membrane tympanique elle-même.

Sur les 1,074 cas de *maladies de l'oreille interne*, 1,028, ou un peu plus de la moitié des 2,000 cas qui ont fait l'objet des recherches de M. Kramer, se rattachaient á la surdité nerveuse ; 46 cas seulement appartenaient à la surdi-mutité.

M. Kramer s'est occupé de déterminer avec soin quelle est la *fréquence des affections diverses de l'oreille, suivant qu'elles affectent un de ces organes seulement ou tous les deux à la fois*. Une remarque assez importante à cet égard, c'est qu'il ne faut jamais s'en fier aux malades ; car très-souvent ils croient *très-bien* entendre d'une oreille, tandis qu'ils entendent seulement *un peu moins mal* que de celle du côté opposé ; et lorsqu'ils accusent un écoulement par le canal auditif d'un côté, il faut explorer avec soin le canal auditif opposé, car l'écoulement peut être trop épais ou en trop petite quantité pour s'effectuer au dehors. Autrement dit, jamais le médecin ne doit manquer d'examiner avec attention la puissance auditive et d'explorer toutes les conditions organiques de l'appareil auditif des deux côtés.

Des 2,000 cas examinés par l'auteur, 1,639 étaient des cas d'affection *double*, et 361 seulement d'affection *simple* ; ce qui établit le rapport de 4 $^1/_2$ à 1 : de ces 361 derniers cas, 157 portaient sur l'oreille gauche, et 194 sur l'oreille droite.

Sur les 5 cas de *maladies du pavillon*, les deux oreilles étaient affectées dans 2 cas, l'oreille gauche dans 2 autres cas, et la droite dans 1 seul.

Sur les 281 cas de *maladies du canal auditif externe*, 165 portaient sur les deux oreilles à la fois, 62 sur l'oreille droite, et 54 sur l'oreille gauche. M. Kramer fait observer, au sujet de ces maladies, que l'inflammation phlegmoneuse du canal auditif n'occupe jamais qu'un seul côté ; que l'inflammation de la membrane tégumentaire de ce canal, ou inflammation catarrhale, et

la périostite avec carie, se montrent plus souvent simples que doubles (comme 2 à 1).

L'inflammation aiguë de la membrane du tympan a été observée 22 fois du côté droit, 21 fois du côté gauche, et 2 fois seulement des deux côtés en même temps.

Dans toutes les autres maladies de l'oreille, il est bien plus fréquent de trouver les deux côtés affectés qu'un seul, et cela est surtout remarquable pour la surdité nerveuse, dont 984 cas étaient doubles, et 44 seulement simples; ce qui établit le rapport de 22 à 1.

Si l'on compare la rareté extrême de l'inflammation aiguë de la membrane du tympan, siégeant des deux côtés, avec la fréquence de l'inflammation chronique de cette membrane, occupant les deux oreilles, il est évident que cette dernière inflammation, si elle peut se développer quelquefois à la suite de la première, se montre le plus souvent d'emblée et sans passer par l'état aigu. Tout fait donc croire que l'inflammation aiguë de la membrane du tympan a peu de tendance à passer à l'état chronique.

Il n'est pas rare d'observer *chez le même individu plusieurs affections de l'oreille*. M. Kramer s'est proposé de vérifier, dans ses recherches statistiques, quelle était la proportion de ces complications, et il a trouvé que, dans 38 cas seulement sur 2,000, ou dans 1/54 des cas, une oreille était affectée de plus d'une maladie, et que, dans 66 cas sur 2,000, ou dans 1/43, les deux oreilles présentaient toutes deux deux maladies différentes.

Les maladies que l'on trouve le plus souvent chez le même individu, l'une vers une oreille, l'autre vers celle du côté opposé, sont : 1° l'*accumulation de cérumen dans le canal auditif* d'un côté, et la *surdité nerveuse* de l'autre (dans 5 cas); 2° l'*inflammation chronique de la membrane du tympan* d'un côté, et l'*accumulation de mucus dans l'oreille moyenne* (dans 10 cas), ou la *surdité nerveuse* (dans 18 cas) de l'autre.

Les maladies que l'on trouve le plus souvent réunies sur la même oreille sont : 1° l'*accumulation de cérumen dans le canal auditif* et la *présence du mucus dans l'oreille moyenne* (cette complication ne s'est montrée que 2 fois sur 213 cas de la 1re espèce, et 164 de la 2e); 2° l'*accumulation du cérumen* avec la *surdité nerveuse ;* ces deux affections se sont montrées réunies 16 fois sur 1,028 cas de surdité nerveuse, ou dans 1/62 des cas : en général, cependant, dans cette dernière maladie, la sécrétion de cérumen, ainsi que la sécrétion muqueuse de l'oreille moyenne, sont notablement diminuées; 3° l'*inflammation catarrhale du*

canal auditif et un certain degré d'*inflammation de la membrane du tympan*, sans que cependant cette inflammation tende à la suppuration, à l'ulcération, ou à tout autre changement de texture.

Sur 305 cas d'inflammation chronique de la membrane du tympan avec perforation, l'otite interne ne s'est montrée que 6 fois. Lorsque l'inflammation de la membrane du tympan n'était pas accompagnée de perforation, l'oreille interne n'a jamais présenté, en même temps, une accumulation de mucus dans son intérieur.

Dans les cas d'érysipèle du pavillon, le gonflement oblitère l'entrée du canal auditif; mais l'inflammation ne s'étend pas au delà.

L'accumulation du cérumen ne détermine jamais de maladie de la membrane du tympan, de quelque époque que date sa présence; tout au plus si elle occasionne un peu de congestion, qui disparaît spontanément. La réapparition du cérumen doit même être considérée comme un bon signe, car elle indique la cessation de l'inflammation chronique de la membrane du tympan.

Dans l'inflammation phlegmoneuse du canal auditif, le gonflement de ses parois peut être porté assez loin pour qu'on ne puisse plus apercevoir la membrane du tympan; mais, une fois l'abcès rompu, on distingue cette membrane, qui a seulement perdu pour quelques jours un peu de sa transparence.

L'inflammation de la membrane muqueuse du tympan, avec accumulation de mucus, ne s'étend ni à la membrane tympanique elle-même ni au labyrinthe; aussitôt que le mucus est évacué, l'ouïe reprend toute sa puissance. M. Kramer s'est assuré, dans plus de 164 cas de cette espèce, que la membrane tympanique était parfaitement saine.

Si l'on jette un coup d'œil sur les relations qui existent, au point de vue du diagnostic, entre les maladies de l'oreille qui viennent d'être passées en revue, on trouvera que, de toutes ces maladies, celles que l'on peut reconnaître d'emblée et par un simple examen, c'est-à dire les maladies du pavillon, sont les moins nombreuses et les moins importantes; toutes les autres réclament, pour leur diagnostic, des moyens spéciaux d'exploration. Ainsi, pour les maladies du canal auditif externe et de la membrane du tympan, il est nécessaire d'employer le *speculum auris*, par un jour de soleil; sans cela, il est tout à fait impossible de prendre la moindre idée exacte du siége et de la nature particulière des maladies de ces parties, et par conséquent d'instituer un traitement rationnel et utile. Pour donner une idée de

l'importance de cette application, nous dirons que les maladies du canal auditif externe et de la membrane du tympan forment environ le tiers (728) de toutes les maladies de l'oreille, et que, de ce grand nombre, les maladies de la membrane du tympan constituent les deux tiers (442). C'est donc au delà de la membrane du tympan, et, par suite, au delà du champ de l'observation directe, que les deux tiers des maladies de l'oreille ont leur siége. Ici, le *speculum auris* ne peut rien apprendre, si ce n'est que le canal auditif et la membrane du tympan ont conservé toute leur intégrité, et que, par conséquent, il faut chercher le siége de la maladie dans l'oreille moyenne ou dans l'oreille interne. Le cathétérisme de la trompe d'Eustachi rend, au contraire, de grands services, soit que l'on se borne à souffler dans l'intérieur de la sonde, soit qu'on y fasse passer un courant d'air avec la *presse à air*, soit qu'on y introduise une corde à boyau de chat, un stylet de baleine ou d'ivoire, pour vérifier l'état de la trompe et de la cavité tympanique, et savoir à quoi s'en tenir sur l'état du nerf auditif. C'est ici que le toucher expérimenté et l'ouïe fine et délicate constituent la supériorité du médecin habitué à ce genre d'exploration ; l'ouïe surtout, en permettant d'apprécier la nature du bruit que produit l'air en pénétrant dans la cavité tympanique. Sans doute l'ouïe ne fournit pas des indications aussi certaines que la vue ; mais ce ne peut être une raison pour rejeter son assistance, toutes les fois qu'il s'agit de maladies qu'on a lieu de croire occupant les parties profondes de l'appareil auditif. De tout ce qui précède, M. Kramer conclut qu'il est impossible à un praticien éclairé et honnête de traiter les maladies de l'oreille, si ce n'est des maladies du pavillon, à moins d'avoir exploré avec soin les parties internes avec le speculum, et, dans le cas où cela devient nécessaire, avec le cathétérisme, etc., autrement dit, avant de s'être assuré pleinement et complétement de la nature de la maladie.

M. Kramer s'est livré à des recherches longues et attentives sur la puissance auditive *dans les diverses maladies de l'oreille*. On comprend que, pour des recherches de cette espèce, il est nécessaire d'avoir un terme de comparaison ; M. Kramer pense que le meilleur de tous est le tic tac d'une montre. On sait que les personnes qui ont l'ouïe bonne perçoivent le tic tac d'une montre, s'il est un peu fort, à la distance de 30 pieds ; les personnes qui n'entendent pas du tout la montre, même lorsqu'elle est appliquée immédiatement sur l'oreille, n'entendent ce qu'on leur dit que lorsque la personne qui leur parle est placée immédiatement près d'elles et leur parle très-fort. L'ouïe est un peu

meilleure lorsque le tic tac de la montre est perçu par l'application directe; mais c'est seulement lorsque les malades peuvent entendre ce tic tac à *plusieurs pouces*, et surtout à *plusieurs pieds* de distance, qu'ils peuvent suivre une conversation. Une chose digne de remarque, c'est que la susceptibilité de l'oreille à percevoir la voix humaine n'est pas toujours en rapport avec sa susceptibilité à percevoir le tic tac de la montre. On voit quelquefois des sourds suivre une conversation avec plus de facilité qu'on ne pourrait le supposer par la difficulté qu'ils éprouvent à percevoir le tic tac; d'autres fois, au contraire, ils perçoivent beaucoup mieux les sons de la montre que ceux de la parole. Considérée en elle-même, la puissance auditive, mesurée par la perception des sons de la montre, n'a en général qu'une médiocre importance. Il convient beaucoup plus de s'attacher à découvrir la nature de la maladie qu'à vérifier le degré de la surdité concomitante; toutefois, la puissance auditive devra être examinée des deux côtés comparativement.

Le docteur Kramer a examiné la puissance auditive de ses 2,000 malades, et par conséquent 4,000 oreilles; mais, comme, dans 361 cas, l'affection ne portait que sur un seul appareil auditif, ces 361 cas doivent être défalqués des 4,000, ce qui les réduit à 3,639. Cet examen conduit à ce résultat général, que dans toutes les maladies du canal auditif externe, de la membrane du tympan, de l'oreille moyenne et de l'oreille interne, il peut y avoir une surdité portée fort loin, mais que c'est surtout dans les maladies de l'oreille interne que la surdité est la plus fréquente et la plus complète.

Dans 2 cas d'*oblitération de la trompe d'Eustachi*, les malades n'entendaient pas du tout le tic tac de la montre.

Dans 3 des 4 cas d'*otite interne*, la puissance auditive était aussi extrêmement affaiblie, sans doute par suite de la désorganisation profonde de l'organe.

Des 1,028 malades atteints de *surdité nerveuse*, 214 ne percevaient plus le tic tac ni de l'une ni de l'autre oreille : de ces derniers, un seul avait moins de dix ans ; mais, ayant appris à parler avant l'établissement de la surdité, il avait conservé cette faculté. 151 malades n'entendaient plus la montre que d'une oreille : c'était de l'oreille gauche chez 77, et de l'oreille droite chez 74. Ces cas, dans lesquels on ne pouvait rien attendre du traitement, étaient au nombre de 365, c'est-à-dire un quart de tous les cas de surdité nerveuse ; la moitié des individus qui en étaient affectés avaient moins de quarante ans.

Sur la totalité des oreilles qui ont été examinées par M. Kra-

mer, au nombre de 3,639, ou sur la totalité des oreilles affectées de surdité nerveuse, au nombre de 2,012, on en a compté 217 (1/9) pour lesquelles le tic tac de la montre était encore perçu par l'application immédiate ; 339 entendaient le tic tac à la distance de 1 pouce, et 595 à la distance de 1 pied. Dans ces deux derniers degrés de la surdité nerveuse, M. Kramer pense que l'on peut regarder comme résultat avantageux d'un traitement de trois à six mois de durée, d'avoir étendu la puissance auditive de 1 pouce à 1 pied dans un cas, et de 1 pied à 2 pieds dans l'autre.

L'*inflammation chronique de la membrane du tympan*, quoiqu'elle apporte généralement des altérations organiques très-profondes, présente la surdité deux fois moins souvent que la surdité nerveuse; le plus ordinairement la limite de la puissance auditive est de 1 à 3 pieds (1 pied dans la moitié des cas, et 3 pieds dans un sixième). Il est à remarquer que, avec des altérations organiques de la membrane du tympan, tout à fait analogues en apparence, la surdité peut varier dans de très-grandes limites, et, réciproquement, que, avec de grandes différences dans l'état de la membrane du tympan, on peut observer des degrés très-divers de surdité. C'est là une espèce de contradiction très-fréquente lorsqu'il y a perforation de la membrane du tympan, et qui s'explique par l'impossibilité où nous nous trouvons de reconnaître et de déterminer les changements qui, indépendamment de la perforation de la membrane tympanique, se sont produits dans les parties enfermées dans la cavité du tympan. Toutes les fois que, dans l'inflammation chronique de cette membrane, le malade n'entend pas du tout la montre ou ne l'entend qu'à une très-petite distance, il n'y a que peu ou point d'espoir de rétablir l'audition, alors même que l'on parviendrait à suspendre l'inflammation; le pronostic est un peu plus favorable lorsque la puissance auditive est de plusieurs pouces, sans que cependant on puisse beaucoup compter sur le succès.

Dans la *périostite avec carie dans le canal auditif externe*, et dans le *rétrécissement de la trompe d'Eustachi*, on trouve très-fréquemment un affaiblissement considérable de la puissance auditive, et toujours en rapport direct avec l'étendue des altérations organiques ; au contraire, dans les inflammations phlegmoneuses du canal auditif, dans les inflammations aiguës de la membrane du tympan, dans les inflammations catarrhales du méat, dans les accumulations de cérumen, et dans les obstructions de l'oreille moyenne par le mucus, il est rare de voir la surdité très-prononcée, quelque considérables que puissent être

les changements éprouvés par ces parties. Ici, la surdité, lors même qu'elle est portée fort loin, n'a que peu d'importance pour le pronostic ; car ces maladies sont non-seulement curables, sans aucun doute, mais encore la surdité qui les accompagne disparaît avec elles, quelque prononcée qu'elle soit. L'état de la puissance auditive pourra cependant être vérifié, car il fera connaître la marche progressive vers la guérison.

M. Kramer a consacré un tableau statistique à faire connaître l'état de la puissance auditive dans l'*inflammation chronique de la membrane du tympan*, et il a constaté que dans cette inflammation chronique, lorsque la membrane était perforée (ce qui avait lieu chez 217 malades et sur 305 oreilles), la surdité était complète dans 50 cas ; la puissance auditive avait une étendue de 1 pouce dans 80, de 1 pied dans 113, de 3 pieds dans 50, de plus de 3 pieds dans 9, et au delà dans 3. Sur 180 malades, ou 359 oreilles où l'inflammation était chronique, mais sans perforation, la surdité était complète dans 42 cas ; la puissance auditive de 1 pouce dans 88, de 1 pied dans 148, de 3 pieds dans 51, de plus de 3 pieds dans 19, et indéterminée dans 11.

La surdité complète était proportionnellement plus fréquente (1/5 des cas) lorsque la perforation de la membrane du tympan offrait de très-petites dimensions ; elle était moins fréquente lorsque cette perforation avait le diamètre d'une lentille (1/6 des cas), et plus rare encore quand il n'y avait pas de perforation de la membrane (1/8 des cas).

Une puissance auditive de 1 pouce d'étendue était, terme moyen, aussi fréquente à différents degrés de perforation que sans perforation de la membrane (comme 1 à 4) ; tandis qu'une puissance auditive de 1 pied s'observait proportionnellement plus souvent parmi les cas dans lesquels la membrane n'était pas perforée (dans le rapport d'un tiers à un demi).

Une puissance auditive de 3 pieds était plus ordinaire dans les cas de perte de substance considérable de la membrane du tympan (dans le rapport de 1 à 4 1/2) ; elle l'était moins dans les cas de petite perforation ou lorsque la membrane était intacte (dans le rapport de 1 à 7).

Elle l'était moins souvent encore dans les perforations qui ont les dimensions d'une lentille.

Une puissance auditive de plus de 3 pieds coïncidait généralement avec l'intégrité de la membrane du tympan (dans le rapport de 1 à 18), et dans le cas où cette membrane était perforée, cette puissance auditive s'observait plus souvent lorsque la

perforation avait le diamètre d'une lentille (dans le rapport de 1 à 23).

Il résulte donc des observations de M. Kramer, que, dans l'inflammation chronique de la membrane du tympan, l'ouïe est bien moins souvent intéressée lorsque cette membrane n'est pas perforée, que lorsqu'elle a été le siége d'une perforation ; par conséquent, qu'il y a peu d'avantage à pratiquer la perforation de la membrane du tympan. Si cependant on se décidait, dans certains cas, à recourir à cette opération, il faudrait faire une ouverture un peu large ; car il paraît démontré que l'audition souffre beaucoup moins d'une large que d'une petite ouverture. Il faudrait se rappeler, en outre, que les perforations qui ont le diamètre d'une lentille déterminent quatre fois plus la surdité que des ouvertures plus petites ; de sorte que les chances avantageuses d'une large perforation sont bien peu considérables. Il résulte encore du tableau de M. Kramer, que dans aucun des cas de perforation, l'ouïe n'a jamais été *complétement* conservée ; dans 9 cas seulement, la puissance auditive dépassait 3 pieds (12 pieds chez un, de 10 à 30 chez un autre) ; mais elle n'était normale chez aucun. Avec cette puissance auditive, les malades entretiennent facilement une conversation, pourvu qu'ils y prêtent de l'attention ; de sorte qu'un observateur superficiel pourrait croire que la destruction partielle de la membrane du tympan est conciliable avec la perfection de l'ouïe. Véritable erreur ; car la perforation de la membrane du tympan entraîne toujours un affaiblissement plus ou moins considérable de l'audition.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

5. *Recherches cliniques sur les névroses* ; par M. C. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

(Gazette médicale de Paris, N° 47 ; 1847.)

On a dit avec raison qu'il fallait plus de temps et de peines pour déraciner une erreur que pour établir une vérité : c'est que l'antiquité est une sorte de consécration d'autant plus puissante qu'elle favorise la paresse naturelle à l'esprit humain ; et, comme l'a dit un philosophe, « ce que les anciens n'ont pu prouver eux-« mêmes par des raisons suffisantes, se prouve à présent par leur « autorité seule. » (Fontenelle, *Hist. des oracles.*) Une autre cause de l'endurcissement dans la routine surgit de l'influence des mots sur les idées, et nous sommes très-convaincu que, si certaines erreurs se perpétuent dans les sciences, cela tient surtout aux préjugés qui nous sont inculqués par les vices de la nomenclature. On défendrait moins ardemment l'essentialité des fièvres,

par exemple, si l'on n'était habitué à envisager la fièvre comme une affection propre, absolue, abstraite. Il en est de même de la plupart des affections longtemps envisagées comme primitives, telles que l'hydropisie, l'ictère, etc., et de celles que les systèmes imaginaires de l'antiquité ont rattachées à certains organes, telles que l'hypochondrie, l'hystérie, etc. Respect pour l'antiquité, préjugés d'éducation scientifique, telles sont donc les influences capitales auxquelles, pour se soustraire, il faut une force d'esprit et de conviction assez rare parmi les savants.

Ces réflexions nous sont suggérées par l'histoire de l'hystérie, dont nous allons nous occuper spécialement ici. Certes, chacun est convaincu de l'absurdité des opinions antiques qui représentent l'utérus comme un animal vivant dans un autre animal, et susceptible d'errer et de bondir dans la cavité qui le renferme ; mais tout en reconnaissant ces erreurs saugrenues sur lesquelles reposait primitivement toute la pathogénie de l'affection hystérique, on a conservé l'idée du siége utérin, sous prétexte qu'elle règne depuis deux mille ans, et que certains phénomènes, superficiellement observés, peuvent, tant bien que mal, lui servir d'appui. Il en est de ceci comme de ces remèdes introduits d'abord sous des prétextes absurdes, et que depuis la routine à consacrés, jetant le voile de l'oubli sur leur usurpation originelle. Pour réduire les dogmes antiques à la vérité pure, une seule chose est à faire : c'est d'effacer complétement le passé et de soumettre les préjugés d'école à une analyse rationnelle et expérimentale : *Instauratio facienda est ab imis fundamentis* (Bacon) ; œuvre laborieuse, force d'abnégation dont, je le répète, bien peu d'esprits sont capables. Aussi je n'ose me flatter moi-même d'avoir réussi dans cette entreprise.

Quoi qu'il en soit, le travail que nous produisons aujourd'hui repose sur cent vingt observations d'hystérie, recueillies depuis plus de dix ans dans ma clinique de vingt-cinq lits, par lesquels sont passées environ deux mille femmes. Nous aurions pu produire bon nombre de ces observations à l'appui de nos principes ; mais la monotonie des détails eût rendu cette exhibition aussi stérile que fastidieuse. Nous nous sommes donc borné à quelques faits comme types. Nous ménageons ainsi le temps et la patience des lecteurs, dont abusent trop souvent les fabricateurs de *mémoires*. Pour ceux, d'ailleurs, qui connaissent notre caractère scientifique, la multiplicité des preuves serait superflue.

Lorsqu'en 1836 je fus investi de l'enseignement clinique à la Faculté de Strasbourg, je n'avais pas encore d'opinion personnelle au sujet de l'hystérie. Imbu des principes répandus dans les

écrits, récents alors, de Louyer-Villermay, Dubois (d'Amiens), Foville et autres, je partageais les idées généralement reçues sur la source utérine de l'hystérie, d'autant plus que telle était la tradition classique depuis Platon, en passant par Arétée, Fréd. Hoffmann et autres. Je n'ignorais pourtant pas qu'avant Georget et Brachet, d'illustres observateurs, tels que Willis, Sydenham, Ch. Lepois, Sauvages, Tissot, Pomme, etc., avaient placé le siége primitif de cette affection dans le système nerveux central ou général ; mais je considérais cette théorie comme vaincue par la force des majorités. Mes préventions étaient donc en faveur de la doctrine que je combats aujourd'hui ; cela soit dit pour qu'il soit bien établi que l'évidence des faits a pu seule modifier mes opinions. Je croyais donc : 1° que l'hystérie a son point de départ dans l'appareil utérin ; 2° qu'elle est le partage presque exclusif des constitutions délicates, mobiles, exaltées par les raffinements et les vices de la civilisation ; 3° que le traitement par excellence relève de l'emploi de ces stimulants réputés antispasmodiques, antihystériques. etc. Or, ces trois articles de la foi ne tardèrent pas à se trouver fortement ébranlés, et bientôt je me vis forcé de reconnaître : 1° que l'hystérie se manifeste souvent sans aucun trouble appréciable des fonctions utérines ; 2° qu'elle sévit fréquemment sur ces constitutions sanguines lymphatiques, robustes, calmes, obtuses même, si communes parmi la population féminine de l'Alsace, et sur la partie pauvre, endurcie par les privations et les labeurs, et que ses mœurs n'exposent guère aux inconvénients de la continence non plus qu'à l'abus des passions ; 3° que les médicaments dits antispasmodiques manquaient leur but dans l'immense majorité des cas, et que souvent, au contraire, les modifications les plus favorables émanaient de l'emploi des antiphlogistiques et des calmants, appropriés aux indications. Dès lors me furent démontrées la fausseté, dans bien des cas, de l'aphorisme hippocratique relatif à l'antagonisme du sang et des nerfs (*sanguis moderator nervorum*), ainsi que l'imposture de mes classifications thérapeutiques. Je dus croire que les historiens de l'hystérie n'ont été pour la plupart que des médecins de cabinet ou de boudoir, étrangers à la médecine du pauvre, et qu'aux praticiens des hôpitaux incombait désormais la tâche de rectifier les erreurs accréditées sur les névroses en général et sur l'hystérie en particulier. Ces principes firent bientôt partie de mon enseignement, et je les professais depuis plusieurs années lorsque j'en imprimai les corollaires dans le *Compte rendu de la clinique de la Faculté de Strasbourg*, en 1842, il y a six ans. Je reproduis le texte, afin qu'au milieu des prétentions récemment

élevées, il soit facile de rendre à chacun ce qui lui revient légitimement : « Dans notre opinion, disions-nous, l'*hystérie n'est* « *que l'expression symptomatique d'une susceptibilité spéciale du* « *système nerveux, qui, chez les individus prédisposés, se manifeste* « *à l'occasion de causes très-variables*, physiques ou morales, uté- « rines ou autres. Comme l'affection typhoïde, elle résulte d'un « état général, d'un trouble sensitif suscité par des lésions fort « différentes. Aussi la voit-on naître indifféremment chez des « sujets vigoureux ou débiles, pléthoriques ou anémiques, chez « les vierges et chez les matrones, continentes ou de mœurs dé- « réglées, et souvent sans soupçon de lésion de l'appareil génital. « Cette manière de comprendre l'hystérie nous est inspirée pré- « cisément par l'extrême variabilité de son étiologie, de ses « expressions symptomatiques, et surtout de son traitement. « Ainsi s'expliquent les dissidences si multipliées des observa- « teurs sur ces divers points, etc. » (P. 124.)

Et pour mieux établir la date et la constance de nos idées à cet égard, je disais encore dans mon *Compte rendu* de 1844 : « Pour nous l'hystérie est un mode de manifestation de la souf- « france nerveuse, une *névropathie* plus particulière à la femme... « Les propositions suivantes sont incontestables : 1° Il est une « foule de lésions aiguës et chroniques de l'appareil génital fé- « minin, sans aucune manifestation de symptômes hystériques. « 2° Il est bon nombre d'hystéries dans lesquelles, étiologique- « ment ou symptomatiquement, il est impossible de faire inter- « venir l'appareil génital. 3° Si la région génitale paraît douée « de sensibilité morbide chez grand nombre d'hystériques, toutes « les autres régions du corps le sont également, et la pression « exercée partout suscite plus ou moins facilement des symp- « tômes hystériques. 4° Réduire le point de départ de l'hystérie « aux organes génitaux, c'est subir l'illusion de ceux qui ont « voulu placer le siége exclusif de cette affection dans la moelle « épinière (irritation spinale). 5° L'hystérie n'est en définitive « qu'un symptôme d'ailleurs très-variable chez les divers sujets, « comme le délire, les convulsions, la toux, le vomissement, l'ic- « tère, etc. Ainsi s'expliquent l'extrême variabilité des manifesta- « tions hystériques, les causes très-diverses qui peuvent y « donner lieu, leur apparition chez certains hommes dont l'im- « pressionnabilité se rapprocherait de celle de la femme ; ainsi « surtout se trouverait expliquée la multiplicité des remèdes « qui, successivement, réussissent ou échouent selon les cas, « depuis la saignée jusqu'au quinquina, depuis l'assa fœtida jus- « qu'à l'eau froide. Personne ne nie que la chlorose ne soit une

« cause fréquente d'hystérie ; eh bien ! dans ce cas le point de « départ de l'hystérie est manifestement dans le sang, et c'est le « fer qui en est le remède. Cet exemple si frappant et si vul- « gaire doit suffire à justifier notre doctrine, dont la vérité saute « aux yeux de la raison, quelles que soient les subtilités qu'on « puisse lui opposer. » (*Clinique médicale*, p. 136, publiée en 1846.)

Et pourtant nous ne prétendons pas que cette doctrine nous soit entièrement propre, et loin d'imiter les *voleurs de science*, comme les appelle un ancien (1), qui dissimulent les autorités pour se poser en inventeurs en face d'un public ignorant et crédule, nous rappellerons encore une fois que Willis, Sydenham, Lepois, Tissot, Pomme, Georget, Brachet, Bouillaud, etc., ont placé le siége primitif de l'hystérie dans des régions plus ou moins étendues du système nerveux. Néanmoins, notre opinion diffère un peu de la leur, en ceci que, pour ces auteurs, l'hystérie serait une affection toujours primitive, ou du moins toujours susceptible de se produire et d'éclater par elle-même ; tandis que, pour nous, la névropathie est presque toujours une simple prédisposition, une diathèse qui, pour faire explosion sous forme d'attaques, a besoin d'une cause excitatrice ou déterminante, absolument comme les convulsions, le délire, l'état typhoïde, etc. Le fond de l'hystérie est essentiellement une susceptibilité nerveuse, laquelle peut se produire d'abord, puis se traduire en attaques sous l'influence de causes diverses que nous allons étudier.

Souvent cette cause est purement *morale*. Ce genre d'étiologie est quelquefois fort difficile à déduire, vu son essence intime ; car si, d'une part, il est vrai de dire, sans épigramme, que le sexe est naturellement astucieux et dissimulé, d'autre part, ces causes sont fréquemment de celles que l'on cherche à cacher : ce sont des instincts, des passions, des méfaits plus ou moins humiliants ou coupables ; aussi ne faut-il pas trop tenir compte des déclarations des malades à cet égard, surtout dans la pratique des hôpitaux. Quoi qu'il en soit, l'hystérie qui dérive de ce genre de causes est, à vrai dire, la plus simple, la plus exquise, celle dans laquelle il n'existe ordinairement aucun soupçon de localisation viscérale ailleurs que dans le système nerveux lui-même. Nous pourrions produire bon nombre de cas de ce genre puisés dans notre pratique ; mais nous nous bornerons à rappeler celui relatif à la personne même de la célèbre madame Lachapelle, rapporté dans le *Traité des Maladies de l'utérus* de Dugès et Boivin.

(1) Lucain appelle Aristote *un heureux voleur de science* : *felix doctrinæ prædo*.

« Les causes morales sont de toutes les plus fréquentes, » disent les auteurs du *Compendium de Médecine pratique.*

C'est dans ce genre d'hystérie que trouvent le plus rationnellement leur application, ces stimulants diffusibles décorés du nom d'antihystériques ; et pourtant Dieu sait combien souvent ils mentent à leur titre, même dans ces cas.

Voilà pour une des causes de la diathèse hystérique ; quant aux attaques elles-mêmes, quelle qu'ait été l'origine de cette diathèse, on les voit souvent se produire sous la seule influence d'une cause morale patente ou cachée. Il y a lieu de croire que la plupart des accès qui se déclarent sans cause apparente tiennent, selon la remarque de M. Foville, à une idée qui, venant à traverser l'esprit, suffit à elle seule pour faire naître l'état convulsif. Combien de fois nous est-il arrivé de voir l'attaque se produire par le seul fait d'une légère contrariété, à cause de la simple présence de l'auditoire autour du lit, ou même comme résultat de l'interrogatoire et de l'examen effectués avec tous les égards convenables !

On sait quel est le pouvoir de l'irritation dans cette maladie : il nous est arrivé d'avoir en même temps plusieurs hystériques dans la même salle, et lorsqu'une d'elle avait une attaque, il arrivait fréquemment que les autres étaient prises en même temps. Quelquefois même des femmes non hystériques, mais nerveuses, éprouvaient des accidents spasmodiques. Parfois même nous avons été obligé de faire émigrer des hystériques, afin de prévenir cette espèce de contagion.

D'autres fois, la cause première de la névropathie hystérique est manifestement *humorale* : telles sont les hystéries concomitantes de la *chlorose* et de l'*anémie*. Ce sont celles-là spécialement qui justifient l'aphorisme *sanguis moderator nervorum*. Eh bien ! ici l'hystérie, pas plus que la chlorose, n'est sous l'empire de l'appareil génital, et si vous avez renoncé à cette dernière étiologie pour la chlorose, soyez assez conséquents pour la désavouer également en ce qui regarde l'hystérie chlorotique : chlorose, hystérie, affections tellement connexes que le grand Sydenham les a confondues en une seule et même maladie, confusion que les progrès de la pathologie ne permettent plus aujourd'hui. Et qu'on n'aille pas prétendre que c'est l'hystérie qui engendre la chlorose, car on se mettrait en contradiction flagrante avec la plus simple observation. Le nosologiste Sauvages, auquel on a tant reproché ses morcellements nosographiques, admet avec raison une hystérie par chlorose, une autre par débilitation, etc.

Voici un fait pris au hasard parmi les faits nombreux de ce genre que nous possédons.

Chlorose; accidents hystériques; médication ferrugineuse; disparition de l'hystérie.

Obs. I. — Une fille de 19 ans, d'assez belle constitution et d'un embonpoint modéré, traits délicats, peau fine, yeux bleus, cheveux châtain clair, entre à la clinique le 8 mai 1842. Elle raconte qu'il y a trois ans elle fut atteinte de rhumatisme articulaire de longue durée. Ses règles sont apparues il y a dix-huit mois et se sont montrées depuis assez irrégulièrement et accompagnées de douleurs hypogastriques. Puis sont arrivées les palpitations de cœur, augmentant par l'exercice musculaire. La dernière époque menstruelle a manqué il y a huit jours. Depuis trois jours, des spasmes se sont produits. Seize sangsues aux cuisses et des pédiluves sinapisés n'ont amené aucun soulagement.

Etat actuel : pâleur extrême des téguments et des muqueuses ; sclérotiques *faïencées* ; pouls petit et lent, mais vif et serré ; léger souffle carotidien ; leucorrhée. Pendant l'examen, des mouvements spasmodiques se produisent : dyspnée, respiration convulsive, palpitations, contractions vives et répétées des muscles abdominaux, léger tremblement des membres ; abdomen généralement sensible à la pression, point de troubles digestifs, à part de légers gargouillements intestinaux ; sensation d'une barre douloureuse à l'épigastre, d'où partirait une boule ascendante qui s'arrêterait au larynx. (Potion avec laurier-cerise, 4 grammes, et teinture de digitale, 15 gouttes.) Les spasmes se reproduisent plusieurs fois les jours suivants.

Le 10, même état. (Potion *ut suprà*; pilules ferrugineuses de Vallet, n° 2 ; bain de vapeur aux parties génitales ; le quart d'aliments ; demie de vin.) Pendant les deux jours suivants, les spasmes musculaires deviennent plus rares.

Le 12, apparition des règles ; le soir même, nouvelle attaque d'hystérie. (Pilules de Vallet n° 4 ; potion avec teinture de castoréum, 4 grammes ; liqueur d'Hoffmann, 20 gouttes.) Les jours suivants, les spasmes ne se montrent plus que légèrement. (Pilules ferrugineuses, n° 6.)

Le 20, l'état morbide est réduit à la simple chlorose. La malade, se trouvant bien, demande à sortir, douze jours seulement après son entrée. Nous l'engageons à continuer les ferrugineux.

—On voit ici la subordination manifeste de l'hystérie à l'égard de la chlorose, l'inutilité des moyens destinés à suppléer aux règles et à l'efficacité des ferrugineux. L'impatience de la malade ne nous

ayant pas permis de voir se confirmer la guérison, nous n'osons la présenter comme délivrée de son hystérie. Tels sont la plupart des malades des hôpitaux qui prennent rarement le temps d'achever le traitement, et qui s'exposent ainsi aux récidives.

N'existerait-il que cette catégorie d'affections hystériques par cause humorale, que la doctrine du point de départ de l'hystérie dans l'appareil génital se trouverait ruinée d'une manière irrévocable. Or, tout praticien un peu répandu rencontre de ces faits et en grand nombre. Inutile d'ajouter que les ferrugineux, les toniques, les analeptiques sont ici les antispasmodiques par excellence.

Par opposition à la chlorose, on rencontre plus fréquemment qu'on ne saurait le croire des hystéries de cause *pléthorique* ou par *hypérémie*. Ce sont celles-là surtout qui nous ont frappé dans notre pratique d'hôpital ; et si les praticiens veulent se recueillir, ils trouveront dans leur mémoire de ces cas de jeunes filles, femmes ou veuves, de mœurs régulières, chez lesquelles les fonctions génitales et autres s'exécutaient normalement, douées d'embonpoint, de fraîcheur, d'un coloris animé, lesquelles pourtant tressaillaient à la moindre impression, versaient des larmes ou éclataient en rires immodérés, sans motifs apparents, suffoquaient, palpitaient, se convulsaient et tombaient enfin dans des accès d'hystérie bien caractérisée, à l'occasion de telle ou telle impression vive, physique ou morale. « On observe l'hystérie « parmi les paysannes dont le tempérament est sanguin et la « constitution tout à fait opposée à celle des femmes qui habitent « les grandes villes. » (*Compendium de Méd.*) C'est ici surtout que se trouvent indiqués et les saignées et cet appareil antiphlogistique dont Pomme a fait la base de sa thérapeutique des *vapeurs*. Pourtant, s'il est vrai de dire que la saignée soulage le plus souvent, il arrive assez rarement qu'elle procure une guérison radicale ; plus tard nous verrons pourquoi. Voici provisoirement une observation confirmative de ces principes.

Hystérie forte chez une fille pléthorique ; impuissance des diverses médications.

Obs. II. — Une fille de 18 ans, de constitution vigoureuse, de tempérament sanguin lymphatique, chargée d'embonpoint, entre à la clinique le premier jour de juillet 1842. Elle raconte qu'elle était exactement réglée depuis un an, lorsque, il y a dix-huit mois, elle perdit ses règles, dit-elle, par suite d'un refroidissement pendant la menstruation. Depuis lors la pléthore a fait des progrès ; plus tard il est survenu de la dyspnée, des palpita-

tions, des congestions céphaliques, etc. Entrée il y a six semaines à l'hôpital de Colmar, on lui fit une saignée et une application de sangsues aux cuisses sans que les règles reparussent. Sortie de l'hôpital il y a quinze jours, ses règles se sont montrées un instant, il y a huit jours ; néanmoins, depuis lors, trois attaques d'hystérie se sont produites, sans qu'elle puisse ou veuille en spécifier la cause.

A son entrée à la clinique, pléthore prononcée, facies animé, dyspnée, respiration saccadée. Pendant qu'on l'examine, les muscles abdominaux sont agités de mouvements convulsifs ; un peu de céphalalgie, pouls régulier; rien dans les autres organes. (Vingt sangsues aux cuisses, émollients.)

Le 2, au matin, attaque d'hystérie ; sensation d'une boule remontant de l'hypogastre et s'arrêtant au sternum ; respiration précipitée, anxieuse, gémissements ; soubresauts du tronc ; extension et flexion alternative des avant-bras; elle se déchire la poitrine, comme pour en arracher le poids qui l'oppresse; perte de connaissance, écume à la bouche. Après une heure et demie de cet état, grandes inspirations, larmes abondantes, qui semblent annoncer la fin de l'accès, lequel cependant se reproduit bientôt et dure encore trois quarts d'heure. (Saignée de 400,00 : potion, eau de mélisse, 90,00 ; de fleurs d'oranger, 30,00; teinture de castoréum, 4,00 ; sirop d'écorces d'oranger, 30,00.)

Le 3, point d'attaque. (Potion *ut suprà.*)

Le 4, attaque moins forte que la précédente. (Potion : lavem. avec assa fœtida, 4,00.)

Le 5, point d'attaque.

Le 6, accès plus fort que les autres, qui se renouvelle le 7 et le 8, avorte le 9, et reparaît les 11, 12 et 13. (Potion et lavement *ut suprà.*)

Le 14, paralysie des membres inférieurs et du bras droit, céphalalgie, vertiges. (Saignée, sinapismes aux jambes, lavement laxatif.) Le soir, attaque d'hystérie.

Le 15, la jambe gauche est la seule paralysée. (Compresses froides sur le front, frictions de vinaigre sinapisé, chiendent nitré.)

Le 16, sensation de boule montant de l'épigastre au larynx. (Six sangsues aux cuisses.) Le soir, attaque complète.

Le 17, bain tiède, attaque au sortir du bain.

Le 18, attaque. (Six sangsues aux cuisses, pédiluve sinapisé.)

Le 19, apparition des règles qui cessent bientôt. (Six sangsues à la vulve.)

Les 20 et 21, point d'attaque.

Le 22, léger accès. (Émollients.)

Le 23, éruption d'urticaire éphémère ; les règles reparaissent et durent pendant trois jours, ainsi que l'urticaire ambulante.

Le 30, après un bain, attaque d'hystérie, l'urticaire persistant.

Le 1er août, attaque. (Potion avec sirop diacode, 30,00.)

Le 2, attaque violente, simulant l'épilepsie ; perte de connaissance, écume sanglante à la bouche. (Pilules d'assa fœtida et de castoréum, part. égales, de 20 centigr. chacune ; deux matin et soir.) L'urticaire persiste toujours.

Le 4, attaque violente. (Six pilules *ut suprà.*)

Le 5, forte attaque, à la même heure. (Sulfate de quinine, 30 centigr.)

Le 7, nouvelle attaque. La malade demande une saignée, qui est pratiquée.

Le 9, accès léger.

Le 10, forte attaque ; l'urticaire a cessé. (Sulfate de quinine.)

Le 13, attaque modérée ; l'urticaire est reparue. Accès légers les jours suivants.

Le 17, la malade, éprouvant des prodromes d'attaque, prend quelques gouttes d'ammoniaque dans de l'eau ; l'accès paraît avorter. La même épreuve ne réussit plus les jours suivants. Les règles ont reparu et coulent abondamment jusqu'au 22 ; néanmoins de légers symptômes se sont journellement produits.

Le 22, attaque modérée. (16 sangsues aux cuisses, émollients.) Légères attaques les jours suivants.

Le 24, spasmes journaliers. (Bain froid, lotions d'eau froide sur le corps.)

Le 28, attaque forte. (Continuer le froid.)

Point d'attaques jusqu'au 3 septembre. La malade se croit guérie et veut sortir ; mais elle rentre le 6, après avoir eu plusieurs attaques en ville. (Lotions froides, six sangsues aux cuisses.)

De temps en temps quelques attaques les jours suivants. Du 13 au 17, point d'attaques ; la malade sort définitivement, après deux mois et demi de séjour à l'hôpital, non guérie probablement, mais moins colorée qu'à son entrée, et conservant son embonpoint.

Nous avons appris que cette fille, indépendamment des soucis de la misère, menait une vie dissipée qui était pour elle une source de tribulations incessantes, lesquelles ont créé sans doute et entretiendront son état nerveux.

—Cette observation est remarquable par plusieurs circonstances: pléthore s'établissant à la suite de l'aménorrhée ; accidents hystériques consécutifs à la pléthore ; attaques semblables à celles

de l'épilepsie, se produisant par la simple présence du médecin et des élèves; boule hystérique allant de l'hypogastre au thorax, et s'y arrêtant et plus tard allant de l'épigastre au larynx ; paralysie momentanée simulant l'apoplexie ; persistance des accidents malgré une éruption cutanée et malgré la réapparition des règles, ce qui prouve que l'aménorrhée n'est pas la cause formelle de la maladie; impuissance des médications variées, qui, la plupart, semblent soulager et sont bientôt suivies du retour des attaques, etc. Nous invoquerons ces diverses particularités en temps et lieu. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

6. *De l'emploi des bains sulfureux dans l'asthme, avec quelques considérations sur la nature et les symptômes de cette affection;* par Ed. Courtin, interne des hôpitaux de Paris, etc.

(Gazette médicale de Paris, N° 49 ; 1847.)

Depuis plusieurs années, les bains sulfureux répétés sont employés avec succès dans l'asthme par M. Beau, médecin de l'Hôtel-Dieu (Annexe). Populariser ce moyen, digne à tous égards d'être porté à la connaissance du public médical, tel fut d'abord le but de ce travail ; et un simple exposé des faits recueillis dans le service de M. Beau pendant le premier semestre de cette année aurait suffi, si l'on était fixé sur les caractères et la nature de l'asthme. Mais cela n'est point : *affection catarrhale* pour les anciens et pour M. Beau ; *spasme des bronches* pour beaucoup d'auteurs, et, à ce titre, rangé parmi les névroses; synonyme de *dyspnée* pour le plus grand nombre des médecins, et surtout de dyspnée produite par l'emphysème pulmonaire (1), l'asthme ne présente aujourd'hui, comme au temps de Pinel, que « confusion dans l'énumération « des symptômes, qu'incertitude dans le traitement. » Je n'en veux d'autre preuve que l'article *Asthme* du *Compendium de Médecine,* qui, ouvert à toutes les opinions, reproduit nécessairement dans sa vérité le désordre scientifique où est encore plongée l'histoire de l'affection qui nous occupe.

Accepter cette confusion, qui permet à chacun d'interpréter à sa manière le mot *asthme*, n'était-ce point m'exposer à cette objection, que les malades traités dans le service de M. Beau ne sont point des asthmatiques ?... D'ailleurs, sans une symptomatologie rigoureuse, pas de diagnostic ; sans diagnostic, pas de traitement rationnel. Enfin, si le mode d'action des bains sulfureux peut fournir quelques lumières sur la véritable nature de l'asthme,

(1) Voy. Pinel, *Nosogr. phil.*, t. III, p. 146 ; — Laennec, *Ausc. méd.*, t. II, p. 92 ; — Grisolle, *Élém. path.*, t. II, art. *Asthme* ;— Andral, *Clin. méd.*, t. III *passim ;* — Trousseau, *Élém. thérap.*, t. II, p. 189, etc.

ne faut-il pas, pour les mettre à profit, sortir du vague où l'on est resté trop longtemps ? Il était donc indispensable de bien caractériser la dyspnée asthmatique, d'avoir même une opinion sur sa nature avant de poser les règles du traitement, et de déduire les conséquences théoriques et pratiques qui en découlent.

Cela m'a conduit à diviser ce travail en deux parties : l'une dans laquelle on décrit l'asthme et on en discute la nature ; l'autre dans laquelle sont apportées les preuves cliniques de la valeur thérapeutique des bains sulfureux, et les considérations pathogéniques qui se rattachent à cette médication.

PREMIÈRE PARTIE.

CHAPITRE Ier. — *Reconstitution de la symptomatologie de l'asthme.*

§ I. *Description des auteurs.* — Pour fixer le terrain, j'ai pris, sans acception d'opinion, une description de l'asthme récente et généralement admise aujourd'hui: celle de M. Am. Lefèvre (*Journ. hebd.*, 1835, t. III). Plus complet que tous les autres, ce travail a le mérite de donner *pour la première fois* les résultats fournis par l'auscultation dans l'*attaque d'asthme*. Une citation textuelle des passages importants du travail de M. Lefèvre reproduira brièvement les principaux traits de cette affection.

A. *Description de M. A. Lefèvre.* — Cet auteur définit l'asthme (*loc. cit.*, p. 147) : « une affection intermittente de la respiration, « caractérisée par un trouble extraordinaire dans les phénomènes « mécaniques de cette fonction, dans laquelle il n'y a rien de fixe « pour le retour des paroxysmes, leur durée, leur intensité, « qui n'est point accompagnée de fièvre, et dans laquelle toutes « les apparences du danger le plus grave sont suivies le plus or- « dinairement du calme parfait de l'état normal.

« .... L'invasion des accès est presque toujours subite. Quand « la maladie est déjà ancienne, ils sont parfois annoncés par des « phénomènes précurseurs dont la nature varie suivant les indi- « vidus... Ils (les accès) éclatent en général de dix heures du « soir à deux heures du matin. Le malade, qui s'était couché bien « portant, est brusquement réveillé par un sentiment de com- « pression et de resserrement de la poitrine tout à fait caracté- « ristique de cette affection. La position horizontale devient « bientôt impossible; un sentiment d'ardeur dans les voies « aériennes fait vivement désirer l'inspiration d'un air frais qui, « en effet, procure du soulagement. Une toux pénible et suffo- « cante s'établit, elle n'est accompagnée que d'une faible expec- « toration de matières visqueuses ; la gêne des mouvements res-

« piratoires augmente, l'inspiration peut à peine se faire, « l'expiration est lente et accompagnée d'un sifflement remar- « quable. Souvent la suffocation devient imminente. Cet état « grave persiste pendant un temps dont la durée varie depuis « quelques minutes jusqu'à quelques heures : l'approche du jour « tend ordinairement à diminuer la gravité des symptômes ; le « calme revient *peu à peu*, et si une expectoration de matières « épaisses, offrant dans quelques cas les caractères spéciaux que « nous avons indiqués (1), s'établit, tout rentre dans l'état natu- « rel ; les malades ont alors la conscience qu'ils peuvent se livrer « au sommeil... Souvent il n'y a que rémission : alors la respi- « ration reste gênée, il y a de l'oppression pendant le jour, et les « symptômes graves reparaissent pendant un certain nombre de « nuits consécutives...

« A mesure que s'accomplit l'expectoration qui juge les accès, « les inspirations deviennent de plus en plus profondes, et on « ressent du soulagement.

« La poitrine, percutée pendant les accès, donne souvent un « son plus clair que dans l'état normal. Si on l'explore à l'aide « du stéthoscope, on entend un râle sibilant, sec, plus sensible « pendant l'expiration que pendant l'inspiration. Le râle mu- « queux s'établit à la fin des accès, quand l'expectoration com- « mence à se faire.

« Ainsi que le dit M. Jolly, rien de plus variable que le retour « des accès; ils peuvent être séparés par des intervalles de plu- « sieurs mois et même de plusieurs années; ils peuvent consti- « tuer une affection accidentelle produite par certaines influences « extérieures et qui se dissipe avec la cause qui leur a donné « naissance; on les a vus se produire sous un type intermit- « tent régulier (*Medicus, Mongellaz*) ; chez un grand nombre de « sujets, l'asthme, au contraire, se prolonge, les accès se produi- « sent avec facilité pour les causes les plus légères et même sans « cause bien appréciable; souvent des lésions organiques vien- « nent le compliquer et rendre le développement des accès plus « fréquent.

(1) Voici ces caractères (*loc. cit.*, p. 210, *Description d'une attaque*) : . . . « La rémission se prononce de plus en plus, et si une expectoration abondante « de mucosités épaisses, grisâtres, quelquefois marquées de stries noires et « formées de petits cylindres de mucus aggloméré, ayant la forme du vermi- « celle cuit, s'établit, j'ai la certitude d'une bonne nuit. Si cette expectoration « est nulle ou peu abondante, je dois craindre un nouvel accès... Lorsqu'à la « suite se montre une expuition de mucus jaunâtre, épais, tel que celui qui se « sécrète dans les bronchites, je suis presque sûr, tant qu'elle persiste, de ne « pas éprouver de dyspnée... »

Tels sont les principaux caractères assignés à l'asthme par M. Am. Lefèvre. Comme les anciens, il note pendant l'attaque le râle laryngo-trachéal à distance (*asthma sibilans*), les deux espèces d'expectorations caractéristiques, en rapport chacune avec un degré différent d'intensité de la dyspnée. A ces signes physiques, les seuls que l'on connût avant l'introduction des méthodes d'exploration directe, il ajoute une sonorité variable de la poitrine et la description de deux espèces de râles, en rapport avec la nature de l'expectoration. Enfin, entre autres points importants par où M. Lefèvre rentre encore dans la description des auteurs anciens, notons que pour eux et pour lui l'asthme est une affection fréquente; il serait rare, au contraire, d'après plusieurs auteurs modernes. On le rencontrera en effet bien rarement au lit du malade, si on l'y cherche avec les caractères de convention qui lui sont traditionnellement imposés depuis Willis, tels que certains signes extérieurs de dyspnée, les mêmes, ou peu s'en faut, dans tout désordre de la respiration ; une marche nécessairement intermittente ; des attaques à heure fixe; une forme, une couleur déterminées des crachats ; certaines sensations intimes particulières à tel malade, et indistinctement imposées à tous, etc., etc.; en un mot, les signes physiologiques , nécessairement variables et inconstants, substitués aux signes physiques seuls inhérents à la nature de l'affection , seuls pathognomoniques. J'exposerai plus tard comment naquit l'erreur : constatons seulement que, forte d'un siècle d'existence, aveuglément acceptée par Laennec, qui n'ausculte pas *pendant l'attaque* les asthmes franchement intermittents, elle existe encore dans nos livres, bien que M. A. Lefèvre, en appliquant à l'attaque d'asthme nos méthodes d'exploration directe, ait pour ainsi dire ramené cette affection sur la scène. A ce propos, une question se présente d'elle-même : Se peut-il que, dans un siècle, au milieu d'une école où ces méthodes exactes sont en honneur , une affection bien caractérisée, fréquente, ait pour ainsi dire disparu ? A-t-elle continuellement échappé à l'observateur ; ou plutôt n'aurait-elle pas repris sous un autre nom, dans les cadres nosologiques, la place à laquelle elle a droit ? Le bon sens plaide pour cette dernière interprétation, facile d'ailleurs à justifier. En effet, parmi les affections de poitrine considérées comme une conquête de la médecine moderne, il en est une qui présente tous les signes pathognomoniques de l'asthme aujourd'hui connus : je veux parler de l'emphysème vésiculaire (*Dict. en* 30 *vol.*, XI, 337). Notons seulement qu'il comprend les formes exacerbante et continue de l'affection dont M. Lefèvre lui-même n'a complétement étudié que la forme

intermittente. Une citation textuelle, mise en regard de la précédente, permettra de juger la question.

Après avoir défini l'emphysème pulmonaire « *une maladie caractérisée anatomiquement par la dilatation des vésicules pulmonaires..... avec hypertrophie de leurs parois* » M. Louis *(loc. cit.)* lui assigne les caractères suivants :

« L'emphysème se développe à peu près également chez les « deux sexes ; il n'épargne aucune constitution et débute à des « époques très-variées de l'existence, souvent dès la première « jeunesse, dans l'enfance, par une dyspnée plus ou moins con- « sidérable..... Une fois développée, l'oppression persiste au « même degré pendant une ou plusieurs années (1), ou, *ce qui « est le plus ordinaire*, elle augmente avec plus ou moins de ra- « pidité, puis offre par intervalles de promptes et violentes exas- « pérations qui obligent les malades à se mettre tout à coup sur « leur séant s'ils sont couchés, ou même à sortir du lit pour res- « pirer.....

« Bien rares au début de l'affection, ils (ces accès) paraissent « être inséparables à une certaine époque de sa durée, et ils « augmentent de force et de fréquence avec l'âge. »

..... « La *poitrine est plus saillante* d'un côté que de l'autre, « plus sonore dans le même point ou au pourtour que dans l'é- « tat naturel ; le bruit respiratoire y est plus faible, au contraire. « Assez souvent aussi on entend un râle sifflant dans cette par- « tie et dans le reste de la poitrine.

« ..... Cette saillie, dont le siége n'est pas toujours le même, « commence ordinairement sous l'une des clavicules et s'étend « jusqu'auprès de la mamelle, ou même un peu au delà chez « quelques sujets, dans la largeur de 3 à 6 pouces environ..... « Trois fois seulement sur dix, une saillie pareille eut lieu en « arrière.... beaucoup plus fréquente à gauche qu'à droite. Une « autre saillie a encore lieu dans l'emphysème..... derrière et « au-dessus des clavicules..... ordinairement d'un côté, de celui « où la première existe. »

Quant à la *sonorité thoracique*, « dans la presque totalité des « cas où elle est augmentée, non-seulement cette augmentation « n'est pas uniforme, mais elle n'est pas la même à droite et à « gauche, dans les points analogues, et elle est à son maximum « dans les points qui correspondent à la saillie et dans toute « l'étendue de celle-ci.

« *L'affaiblissement du bruit respiratoire* s'observe soit dans

(1) M. Louis cite un cas observé par lui où elle fut franchement intermittente.

« toute l'étendue de la poitrine, ce qui est assez rare, soit dans « une partie seulement.... en avant et en arrière, dans le point « correspondant; à une exception près, je l'ai vu persister au « même degré ou à peu près pendant toute la durée du séjour « du malade observé à l'hôpital. Quelquefois aussi, sans paraître « évidemment plus faible qu'à l'état normal, le bruit respira- « toire est moins doux, plus dur que d'ordinaire.

« Outre cette faiblesse du bruit respiratoire..... une ou plu- « sieurs espèces de *râles*. L'un, le râle sifflant et quelquefois « sonore, a lieu dans la moitié des cas environ, variable en in- « tensité et en étendue, assez souvent proportionné à la dysp- « née..... a peut-être quelque chose de spécial à l'emphysème. « L'autre râle est le sous-crépitant ; il existe seul ou compliqué « avec le précédent, mais toujours dans les mêmes points, en « arrière , inférieurement , des deux côtés de la poitrine....., « dans la très-grande majorité des cas.

« La toux a lieu chez tous ou presque tous les sujets atteints « d'emphysème..... continue ou intermittente dans un nombre « de cas à peu près égal..... Dans les cas où elle est continue , la « toux est généralement peu fréquente, si ce n'est dans les ac- « cès de dyspnée... »

« *Crachats*..... formes assez variées. Les uns, plus communs « de beaucoup, sont mousseux, légèrement aérés et semblables « à une dissolution de gomme ; les autres sont épais, opaques, « peu aérés, non peletonnés toutefois, ou grisâtres avec quelques « stries noirâtres, comme demi-vitrés ; et dans la moitié des cas « environ, soit chez ces sujets, soit chez les premiers, ils offrent « quelques stries de sang..... Ceux qui sont opaques ou plus « ou moins verdâtres..... sont accompagnés de râle sous-cré- « pitant ; les autres..... de râle sifflant et sonore. »

« *Douleurs de poitrine*... dans un grand nombre de cas d'em- « physème. » (15 fois sur 32, et dans 13 cas à gauche.) « Ces « douleurs, dont il ne m'a pas été possible de déterminer le « caractère, existaient depuis une à quatre années et plus, « n'augmentaient ni par l'inspiration ni par la toux. On ne « saurait les attribuer à une inflammation chronique de la plèvre, « à la distension des parois thoraciques ; on est conduit comme « malgré soi, et par vie d'exclusion, à les attribuer à la dilatation « des vésicules elles-mêmes...

« La mort n'est pas le résultat de l'emphysème du poumon « dans son état de simplicité ; elle est principalement due à une « autre maladie : ordinairement une lésion chronique développée « dans son cours...

« ..... Le catarrhe pulmonaire est habituel, ordinairement « continu, et avec des redoublements fréquents chez les sujets « atteints d'emphysème...

« ..... Les progrès de la dyspnée sont très-variables, mais « ordinairement très-lents... J'ignore si les vicissitudes atmo- « sphériques ont quelque part à leur retour, ayant négligé de « prendre des informations précises sur ce point. »

Quant à l'époque du début, sur 18 sujets, « l'oppression avait « lieu depuis l'enfance chez 7 ; elle débuta de 10 à 20 ans chez « 2 ; de 20 à 30 chez 2, et de 35 à 71 ans chez les 7 autres. »

Les points de contact sont trop précis, trop nombreux entre ces descriptions pour laisser un doute dans l'esprit : relevons-les en quelques mots. Parité dans la marche, la fréquence de la maladie, dans l'époque et le mode d'invasion, les complications et le pronostic. L'accès est plus complétement décrit par M. Lefèvre ; mais les signes physiques de l'attaque sur lesquels insiste M. Louis se retrouvent identiques dans les deux descriptions : orthopnée subite, sonorité thoracique exagérée, expectoration tantôt séreuse, tantôt épaisse ; la première accompagnée surtout de râles sifflants ou sibilants, secs, etc., de dyspnée au plus haut degré ; avec la seconde, expectoration au contraire, râles sous-crépitants dominants, etc. En un mot, mêmes faits, même relation de ces faits dans les deux descriptions.

Mais, dira-t-on, il n'y a pas que des rapports, et les saillies thoraciques, le bruit respiratoire, tantôt faible, tantôt rude, les douleurs de poitrine, la continuité nécessaire de la dyspnée chez M. Louis, constituent des dissemblances notables. Loin de les nier, j'ajouterai qu'elles ne sont pas les seules. M. Lefèvre relève, de son côté, quelques signes qui ne se trouvent pas dans l'autre description. Mais on verra bientôt que ces dissemblances, si profondes au premier abord, sont moins dans les faits que dans l'interprétation différente qu'on leur donne, qu'elles résultent non de la nature des affections décrites qui se confondent, mais du point de vue différent où se place chaque auteur : l'un préoccupé des formes continue et exacerbante ; l'autre ne voulant voir que la forme intermittente, et dans celle-ci une certaine variété individuelle d'expectoration comparée à du vermicelle cuit. Ces différences, si elles étaient au fond des choses, seraient comblées d'ailleurs par les résultats de l'auscultation, par ce fait consigné dans l'excellente description de M. Louis : « que le catarrhe pul- « monaire est habituel, ordinairement continu, et avec des re- « doublements fréquents chez les sujets atteints d'emphysème. »

Ce rapport aussi nettement formulé par un observateur d'une sévérité bien connue me sera d'un grand secours dans la discussion qui va suivre ; j'en prends acte, faisant remarquer seulement que le mot *habituel* est trop faible ; c'est *constant* qu'il aurait fallu dire, comme j'espère le démontrer.

Voilà donc, sous deux noms différents, asthme pour les anciens et M. A. Lefèvre, emphysème vésiculaire pour M. Louis, une seule et même affection : lequel des deux noms conserver, car on ne peut certainement les garder tous les deux ? Cette question viendra en son temps : complétons actuellement par quelques remarques la description précédente dans ce qu'elle a nécessairement encore d'incomplet. De cette critique, ou plutôt, pour me servir d'une expression fréquemment employée par M. Beau à ce sujet, de cette conciliation de travaux consciencieux, mais accomplis à un point de vue différent, résultera une homogénéité parfaite dans la symptomatologie de l'asthme.

§ II. — *Rapprochement des textes. Conciliation* (1). — A. *Râles.* Sous le nom de râles sifflants pour l'un, sibilants pour l'autre, les auteurs cités désignent sommairement un groupe de bruits anormaux particuliers à l'asthme, et qui, consistant tous « *en une vibration plus ou moins prolongée qu'éprouve la colonne d'air en franchissant un obstable immobile placé dans un point des tubes bronchiques* » (M. Beau, *loc. cit.*), ont reçu le nom de râles vibrants. Ceux-ci sont distingués, suivant leur timbre, en râles sibilants, sonores ou graves, et ronflants ; division aujourd'hui acceptée (Barth et Roger, *Traité d'Auscult.*) et sur laquelle je n'insisterai pas. Cependant faut-il dire que cette distinction de nuance, importante au point de vue de la physionomie de la maladie, n'est point établie dans les mémoires cités ; qu'en outre ni l'un ni l'autre ne parle d'une quatrième forme de râle, de timbre plus grave que les trois autres, résultat d'une vibration tellement lente qu'elle produit plutôt un bruissement particulier, un souffle rude, qu'un son ; d'où le nom de *râle soufflant* que lui impose M. Beau. Cet auteur est porté à reconnaître le râle désigné dans cette *expiration plus rude* que signale M. Louis. Quoi qu'il en soit, ce râle se distingue du murmure vésiculaire normal par sa nuance positivement différente, par sa circonscription à un espace plus ou moins étendu, par la propriété de disparaître, de se déplacer, ou de se changer en une des formes voisines, sous l'influence

(1) Pour cette partie capitale de mon travail, j'ai fait de larges emprunts aux travaux suivants que je citerai à chaque pas : *Mémoires sur les bruits respiratoires*, par M. Beau, *Archives de Médecine*, 1840, t. LIII et LIV ; *Remarq.*, etc., par M. Beau, *Journal de Médecine*, juin 1843, p. 185 et 199 ; *Gazette des Hôpitaux*, 25 mai 1843 ; de Crozant, etc.

d'une expectoration, d'un simple mouvement de toux. Ces deux derniers caractères sont communs aux quatre espèces de râles vibrants et les différencient de tout autre bruit. Les râles vibrants, souvent réunis chez le même sujet, sont plus nombreux et plus forts à l'expiration qu'à l'inspiration ; celle-ci est moins longue que la précédente.

Les râles sous-crépitants ou bullaires n'existent ni dans tous les cas ni à tous les instants, comme le précise M. Louis : ils accompagnent souvent l'expectoration épaisse. Mais on ne peut pas les rapporter, avec l'auteur cité (*Mém. de la Soc. méd. d'obs.*), au catarrhe aigu, les râles vibrants avec toux sifflante et expectoration séreuse étant par contre rattachés à l'emphysème ou au catarrhe chronique ; car, si cela était, on verrait habituellement les crachats séreux succéder à l'expectoration muqueuse, tous les autres troubles diminuant graduellement : or, c'est précisément le contraire qui a lieu. M. Lefèvre signale, en effet, ces râles à la fin de l'attaque ou de l'exacerbation seulement. Au reste, j'ai hâte de le dire, M. Louis, dont chacun connaît le rare talent d'observation, n'a jamais constaté par lui-même cette mutation des crachats dans l'ordre indiqué (*Mém. de la Soc. méd. d'obs.*, p. 229).— Les faits me semblent en outre se refuser à ce que nous localisions ces râles uniquement dans la partie postérieure et inférieure du poumon : ils existent aussi bien en avant qu'en arrière, mais ordinairement plus marqués dans ce dernier sens, comme l'a constaté M. Woillez dans deux observations sur trois (*Rech. sur l'inspect. et la mens. de la poitrine*). Ces râles jouissent, comme les précédents, de la propriété de se déplacer, de diminuer, de disparaître même sous l'influence des secousses de toux ou de l'expectoration.

B. *Modifications du murmure vésiculaire.* — M. Louis insiste sur l'affaiblissement et l'absence partiels du murmure vésiculaire, faits qui ont échappé à M. Am. Lefèvre. Ces symptômes dus, comme les râles vibrants, à un obstacle plus ou moins complet au cours de l'air, sont nécessairement liés à la dyspnée asthmatique ; ils sont susceptibles des mêmes variations de siége, d'intensité, d'étendue que ces râles ; l'absence du murmure vésiculaire dans un point donné du poumon se transforme souvent sous l'oreille en râle vibrant, et *vice versâ*. Ces phénomènes, suffisamment expliqués par M. Beau (*loc. cit.*), constituent un caractère pathognomonique de l'affection sur lequel je reviendrai.

C. *Sifflement laryngo-trachéal à distance.* — M. Lefèvre insiste avec raison sur ce phénomène que ne mentionne même pas M. Louis, seul signe physique de l'asthme pour les anciens (*asthma sibilans*), et assurément le plus apparent de tous dans une

attaque tant soit peu intense. Ce sifflement présente, à l'intensité près, tous les caractères distinctifs attribués à la famille des râles vibrants. Nous verrons qu'il diffère de ces derniers par le siége seulement de sa cause productrice, et qu'il les accompagne presque nécessairement. L'omission de ce signe, dans le travail si complet d'ailleurs de M. Louis, me semble résulter d'un oubli analogue à celui de l'influence des conditions atmosphériques sur la production de la maladie.

D. *Expectoration, deux espèces ; propriétés physiques.* — Analogie parfaite dans les deux descriptions pour ce qui a trait à l'expectoration et aux râles, et à la dépendance de ces deux faits. La *matière visqueuse* de M. Am. Lefèvre, l'*expectoration liquide* de M. Louis, ne sont autre chose que les crachats pituiteux des anciens et de Laennec ; c'est une masse transparente, liquide, plus ou moins écumeuse, semblable à une dissolution de gomme arabique ; M. Beau les appelle, avec M. Chomel, *crachats séreux.* Les autres crachats plus consistants sont opaques ou diaphanes, nettement définis, ordinairement assez cohérents pour s'étaler peu dans le vase, le plus souvent colorés de diverses nuances, agate, gris-perle, noir, vert jaunâtre, etc. : ce sont les *crachats muqueux* ; des degrés nombreux de consistance les ont fait subdiviser en *muqueux fluides* et *muqueux denses.* Ces deux espèces de crachats muqueux existent ordinairement à la fois dans l'asthme, les premiers en plus grande abondance que les derniers ; mais ceux-ci seuls sont nécessairement liés à l'existence de la dyspnée asthmatique, et à ce titre ils m'occuperont exclusivement. Ce sont les moins abondants de tous, d'autant plus rares, en général, que la dyspnée est plus intense, et souvent complétement supprimés au plus haut degré de l'attaque. Seuls, comme le dit M. Beau, ils soulagent le malade par leur expulsion. Ils ne se réunissent, ne se confondent jamais entre eux, mais restent séparément fixés à l'endroit du vase où ils ont été rejetés. Par le fait de cette viscosité, ils ne sont en général expulsés qu'avec de grands efforts d'expectoration et par un déplacement successif plus ou moins laborieux, comme le prouvent le changement de timbre et de siége des râles d'un moment à l'autre dans des points donnés, la substitution sous l'oreille d'une suspension complète du murmure vésiculaire à un râle vibrant, etc. Amené à l'orifice supérieur des voies aériennes, le crachat muqueux dense se colle partout, à la gorge, à la langue, aux lèvres du malade, avec une ténacité telle, que, si une certaine quantité de l'expectoration séreuse ne l'enveloppe, il faudra pour l'extraire le secours d'un corps étranger. Dans le bassin, ces crachats isolés de

toute matière étrangère se pelotonnent en masses de petit volume, demi-sphériques, bosselées, et restent isolément fixés à l'endroit du vase où ils ont été rejetés. Agite-t-on ce dernier, ils ne présentent pas la moindre oscillation.

D'apparence homogène, d'une cohésion analogue à celle de la colle forte à demi figée, demi-translucides, les crachats muqueux denses présentent des nuances de coloration variée qui les ont fait tour à tour comparer à du verre ou à de la corne fondue, à une agate grise, etc. ; quelques-uns présentent une teinte brune veinée de gris ; d'autres sont opalins, etc. ; bref, du gris pâle ou jaunâtre au noir le plus foncé, d'une transparence complète à la demi-opacité, autant de nuances intraduisibles que d'individus, que d'accès d'asthme peut-être. Les crachats *repliés sur eux-mêmes un grand nombre de fois, paraissant moulés dans les ramifications extrêmes des bronches*, et comparés par M. A. Lefèvre à du *vermicelle cuit*, ne sont qu'une variété de forme qu'on aurait tort de généraliser dans la description ; elle est même des plus rares. Le seul caractère distinctif essentiel des crachats de l'asthme, c'est la viscosité, qui ne se montre à un degré approchant dans aucune autre maladie. Chez l'asthmatique même, en dehors de l'accès, cette sécrétion bronchique est complétement suspendue, à moins que l'asthme ne soit exacerbant ; mais alors même le crachat muqueux dense n'est pas toujours nettement caractérisé, comme celui que nous venons de voir, mais se place tour à tour sur un de ces mille degrés intermédiaires qui établissent la transition entre l'expectoration dense que nous venons de décrire et l'état opposé de fluidité presque complète. Hâtons-nous enfin de le dire : ces différences si tranchées entre les deux espèces d'expectoration dans l'attaque d'asthme ne portent que sur leurs caractères physiques, sans rien préjuger sur la composition chimique, sur les caractères microscopiques des crachats.

E. *Relations entre l'expectoration, les râles et la dyspnée.* — Les râles vibrants coïncident avec une toux sèche quinteuse et le rejet de crachats séreux d'autant plus abondants que la dyspnée est plus intense. Cette expectoration séreuse ne soulage point le malade quand elle est pure ; entraine-t-elle, au contraire, quelques-uns de ces crachats muqueux denses précédemment décrits, il y a soulagement plus ou moins marqué et durable ; les râles vibrants diminuent dans la même proportion que la dyspnée. Avec les râles bulaires au contraire, il y a expectoration facile et sans mélange de crachats muqueux plus ou moins fluides : ces phénomènes se manifestent à la fin de l'accès. Dans certains cas d'asthme franchement intermittent, la dyspnée peut cesser avant

que l'expectoration caractéristique se manifeste ; mais celle-ci a lieu plus ou moins longtemps après, quelques heures, un jour, peut-être plus (Obs. I de M. Am. Lefèvre, *loc. cit.*). Est-il étonnant dès lors que dans bien des cas analogues l'expectoration muqueuse dense, ainsi retardée, ait passé inaperçue ? En général, nulle ou faible pendant toute la durée de l'orthopnée qu'elle entretient, cette expectoration entraîne avec elle la diminution des symptômes, leur suspension complète, et soulage le malade. Dans tous les cas, tant que la persistance des râles indique qu'il reste encore dans les bronches une quantité notable de ce mucus dense, tant que la sécrétion morbide continue, la dyspnée persiste à un degré variable. Si les râles se taisent, au contraire, après une évacuation même peu abondante, si le murmure vésiculaire reprend son ampleur, la respiration est facile, la rémission complète. L'auscultation seule peut donc sauver ici d'une erreur sur laquelle s'éleva et vécut la théorie de l'asthme *sine materiâ* ; elle démontre que sans rien conclure de l'absence d'un signe extérieur, qui peut faire défaut dans l'asthme comme dans toute autre maladie, il faut chercher en tout temps les éléments du diagnostic dans les seuls signes intimes, pathognomoniques de la dyspnée asthmatique, à savoir les *râles vibrants* et *l'absence* ou *l'affaiblissement du murmure vésiculaire.*

F. *Saillies thoraciques.* — M. Lefèvre ne mentionne pas ce phénomène. Pour M. Louis, au contraire, l'existence simultanée de ces saillies et d'une sonorité exagérée suffit pour démontrer, indépendamment de tout autre symptôme, une accumulation d'air excessive dans les vésicules pulmonaires, un *emphysème.* La réunion de ces signes a-t-elle l'importance que lui prête l'auteur cité ? Quant aux saillies, dont je m'occuperai d'abord, M. Beau démontre (*loc. cit.*) que, résultant d'une inégalité de développement du thorax, d'un défaut de symétrie aussi fréquent sur la paroi de cette cavité que sur celle du crâne, elles existent indifféremment dans l'état de santé et dans l'état de maladie. La question se réduit donc à ceci : distinguer des saillies physiologiques les saillies dues à l'emphysème, si elles existent. Or, qui pourrait l'admettre sur cela seul que *cinq fois sur quatre-vingt-dix cas* (M. Louis, cité par M. Beau, *loc. cit.*) on a trouvé les autres signes de l'emphysème uniquement au niveau des saillies? Comment admettre ici un rapport de cause à effet, quand le plus souvent l'emphysème occupe tout un poumon, parfois les deux ensemble? Les saillies ont pour siége de prédilection le côté gauche et antérieur de la poitrine ; la distension vésiculaire se généralise, intense partout, mais plus facile à constater en avant

qu'en arrière, où existe ordinairement de la congestion hypostatique. Ces saillies, la forme globuleuse de la poitrine (Laennec), se rencontrent d'ailleurs aussi souvent sur les sujets non emphysémateux que chez ces derniers (1). Plusieurs asthmatiques m'ont présenté des *saillies postérieures* très-manifestes ; dans d'autres cas, la poitrine n'offrait aucune déformation appréciable.... Restent les saillies susclaviculaires auxquelles M. Louis accorde une grande importance séméiologique, sans se prononcer toutefois sur leur origine ou leur nature. M. Beau signale ces saillies dans tous les cas où il y a gêne *notable* et *prolongée* de la circulation cardiaque ; il remarque qu'elles sont animées de mouvements d'expansion isochrones à l'expiration, et les attribue à une dilatation des troncs veineux de la région susclaviculaire : explication confirmée encore cette année par l'autopsie sur un asthmatique enlevé par une pneumonie intercurrente. Chez ce malade, les veines sous-clavière et jugulaire interne à sa partie inférieure étaient gorgées de sang et dilatées au point d'égaler en volume un intestin grêle ordinaire. Entre l'emphysème pulmonaire et les saillies désignées, il y a donc simple coïncidence et non rapport de causalité.

G. *Augmentation du diamètre transverse de la poitrine.* — Il y a une déformation du thorax propre à l'emphysème pulmonaire, passagère comme lui, mais inaperçue jusqu'ici ; je veux parler de l'augmentation des diamètres transversaux du thorax pendant l'accès, fait signalé par M. Beau (*loc. cit.*, t. LIV, p. 153), confirmé par M. Mercier qui est asthmatique lui-même (Th. inaug., Paris, 1846), et vérifié à plusieurs reprises sur les malades du service. Il est trop simple, trop facile à constater directement pour nous arrêter longtemps. Un ruban circulairement placé autour de la base du thorax, à l'état de calme d'abord, puis au maximum de l'attaque, et *vice versâ*, accusera pendant l'attaque une augmentation de tous les diamètres transverses de la cavité en rapport avec l'intensité de la dyspnée, et diminuant, puis disparaissant avec elle.

II. *Percussion.* — La sonorité thoracique augmente pendant l'attaque en raison de l'intensité de celle-ci, et arrive ainsi jusqu'à la résonnance emphysémateuse complète ou tympanique. Pour bien apprécier ces différences, il faut tenir compte, en percutant, de l'état de maigreur ou d'embonpoint du sujet (2), et, autant que possible, comparer à un autre son le résultat obtenu

(1) M. Beau, *loc. cit.*; M. Voilliez, *loc. cit.*, p. 178.

(2) L'illusion est difficile à éviter quand on passe d'une poitrine très-maigre et normale d'ailleurs à celle d'un sujet obèse, et réciproquement.

sur le même sujet dans les périodes extrêmes de l'affection (1). M. Lefèvre mentionne en passant ce signe principal de l'emphysème pulmonaire sur lequel insiste M. Louis. Rien n'accuse, dans les passages cités, que l'auteur ait saisi la relation qui existe entre ce phénomène et la dilatation des vésicules pulmonaires dont il parle à l'autopsie. Mais cette différence, qui, au premier abord, peut paraître capitale, n'est encore que l'effet d'une omission réparée par M. Lefèvre lui-même dans une seconde édition de son mémoire, postérieure au travail de M. Beau sur les bruits respiratoires, et qui emprunte à ce dernier plusieurs autres aperçus tous favorables à la conciliation que j'ai entreprise.

Dans la plupart des cas, l'augmentation de la sonorité thoracique m'a paru plus marquée dans les parties postéro-inférieures latérales du thorax; elle était ordinairement plus prononcée dans un des côtés de la poitrine que dans l'autre, en raison directe de l'intensité des bruits anormaux et des embarras de la respiration; variable enfin d'un moment à l'autre au point de vue du siége, du degré d'intensité, etc., comme les autres signes physiques de la dyspnée asthmatique, râles à distance ou autres, exagération des diamètres de la poitrine, etc., et subissant avec eux les augmentations et les diminutions signalées pendant l'accès.

I. *Intermittence.* — M. Am. Lefèvre insiste avec raison sur l'intermittence de l'asthme, la disparition complète de tous les signes de la maladie; j'insiste fortement sur ce fait, constaté à plusieurs reprises, et beaucoup plus fréquent qu'on ne pourrait le supposer d'après le silence de M. Louis à ce sujet. Les deux premières observations citées par M. A. Lefèvre en sont des exemples incontestables; des faits analogues se retrouvent dans la thèse déjà citée de M. Mercier. Enfin, j'ai encore actuellement sous les yeux une femme de 30 ans, employée à la lingerie

(1) Quel sera ce troisième terme invariable de la proportion, ce diapason auquel on comparera la sonorité thoracique dans ses variations? Le son obtenu en percutant l'oreiller du malade me semble remplir les conditions requises. Ce son se rapproche en effet beaucoup de celui d'une poitrine emphysémateuse : il est seulement un peu plus clair; mais, quelle que soit la relation notée une première fois entre cette sonorité et celle de la poitrine (relation variable avec chaque poitrine, chaque oreiller), on comprend facilement l'avantage qu'il peut y avoir, en pratique, à rapprocher les résultats variables de la percussion de ceux presque invariables fournis par un objet pour ainsi dire attaché au malade. Sans prétendre aucunement à une certitude mathématique, le moyen que je propose facilite beaucoup l'appréciation de différences très-difficiles à constater d'un jour à l'autre quand il faut s'en rapporter à la seule mémoire, sans point de comparaison. Ce moyen permet de transporter aux résultats définitifs de la percussion thoracique les règles suivies dans l'expectoration de chacune des régions de cette cavité, exploration dans laquelle on procède toujours par voie de comparaison.

de l'Hôtel-Dieu (Annexe), sujette par moments à une série d'attaques nocturnes que j'ai toujours vues débuter sous l'influence des causes signalées par les auteurs : le froid en première ligne. Dans l'intervalle, on ne trouve aucun signe stéthoscopique d'emphysème pulmonaire. Très-fréquemment, surtout au début de la maladie, ou quand elle est contenue par des précautions hygiéniques suffisantes, l'asthme, continu ou exacerbant pendant l'hiver, présente une intermittence estivale très-explicable par la nature de l'affection, et en vertu de laquelle les sujets ne ressentent pendant la saison chaude aucun malaise. Ces intermittences sont plus ou moins longues, plus ou moins complètes, traversées ou non par un sentiment léger d'oppression, ou seulement de gêne, aux heures où d'ordinaire se manifeste l'attaque pendant la mauvaise saison. Le retour de la dyspnée hibernale et des exacerbations qui la caractérisent est plus ou moins facile et rapide, en vertu d'influences atmosphériques, de prédispositions individuelles ordinairement faciles à apprécier. Qu'un été soit humide et froid, tel asthmatique ne verra pas reparaître le calme sur lequel il comptait, ou n'en jouira que beaucoup plus tard ; l'ancienneté de la maladie rend ordinairement ces rémissions plus courtes et moins complètes. — De cet état à celui de continuité uniquement décrit par M. Louis, il n'y a qu'un pas ; et l'asthmatique y arrive presque inévitablement, dit M. A. Lefèvre, après un certain âge. La dyspnée devenue habituelle, mais d'intensité variable suivant les saisons, suivant les individus, présente encore ces exacerbations plus ou moins régulières dans leur retour, caractéristiques de l'affection asthmatique, et dont nous avons donné plus haut les signes physiques. On les a considérées longtemps comme essentiellement nocturnes et de peu de durée ; mais les observations récentes de M. Louis, celles de M. A. Lefèvre prouvent qu'elles surviennent parfois pendant le jour, plus ordinairement pendant la nuit, ou plutôt sur les limites de l'un et de l'autre, entre minuit et cinq heures du matin ; en outre, leur durée varie de quelques minutes à un ou même à plusieurs jours, avec ou sans diminution de la dyspnée pendant ce long espace de temps. Au demeurant donc, trois espèces d'asthmes : l'un continu, l'autre franchement, complétement intermittent, plus rare ; le troisième, enfin, exacerbant, avec espaces de calme plus ou moins complet, plus ou moins prolongé. Cette dernière forme, la plus commune des trois, et la première, sont seules décrites par M. Louis (*loc. cit.*), qui croit à la permanence d'une dyspnée variable chez un sujet une fois affecté d'emphysème.

K. *Instantanéité de l'attaque.* — Que celle-ci survienne au milieu de la santé parfaite ou d'une oppression habituelle d'intensité variable, elle est rapide, brusque même, a-t-on dit. Il est nécessaire de s'entendre sur la valeur de ces expressions, peut-être exagérées. Souvent les malades, réveillés en sursaut au milieu de la nuit, n'ont que le temps de se mettre sur leur séant, ou de se jeter hors du lit pour se livrer aux efforts inspiratoires les plus énergiques, chercher un air plus pur; et c'est là-dessus qu'on s'est fondé pour qualifier comme nous l'avons vu le début de l'attaque. On n'a pas remarqué que déjà la respiration était troublée pendant le sommeil, et que celui-ci est interrompu seulement par suite des progrès de la dyspnée. Les preuves ne manquent pas, et je les prendrai dans la décroissance ordinairement lente, graduelle des attaques, subordonnée à certaine expectoration pénible, etc. (A. Lefèvre, *loc. cit.*); dans ce fait accusé par tous les malades questionnés à cet égard, qu'ils *sentent venir l'accès* lorsqu'ils sont en état de veille. L'orthopnée est réellement brusque dans l'attaque d'hystérie avec spasme de la glotte, par exemple : d'un instant à l'autre elle disparaît pour revenir de même, et ainsi de suite indéfiniment. Qui donc a jamais constaté rien d'approchant dans cet asthme que l'on dit nerveux, spasmodique? Les malades passent au contraire graduellement du calme à l'oppression légère, et de celle-ci à l'orthopnée. Ces transitions paraissent d'autant plus heurtées que l'état habituel du malade est plus calme ; elles s'opèrent plus ou moins vite, mais jamais il n'y a passage brusque et instantané d'un état à l'autre. Je pourrais renvoyer, comme exemple, à une des observations reproduites dans ce travail.

L. *Douleurs de poitrine.* — Dans la description de M. Louis se trouve exposé avec assez de détails, sous le titre de *douleur de poitrine*, un symptôme presque négligé par M. Am. Lefèvre. Dans tous les cas que j'ai eus sous les yeux, la présence de ces douleurs m'a été expliquée, soit par une véritable courbature locale, une douloureuse fatigue des muscles inspirateurs et expirateurs si énergiquement mis en jeu dans la dyspnée asthmatique, soit par des névralgies dorso-intercostales plus ou moins nombreuses, reconnaissables aux caractères si tranchés que leur assigne M. Valleix dans son excellent *Traité des Névralgies*, et compagnes habituelles des troubles tant soit peu prolongés de la digestion, comme nous l'a fait maintes fois constater M. Beau (névralgie dyspeptique de cet auteur). A part les signes propres de ces névralgies, qui ne permettent pas le doute à leur égard, les explications précédentes n'ont rien qui doive surprendre, si l'on réfléchit à la

fréquence des complications gastriques dans l'asthme, à l'existence de douleurs, de fatigue dans toutes les affections accompagnées de toux intense.

§ III. *Résumé.* — L'asthme sera donc, d'après l'exposé précédent, une dyspnée quelquefois continue, le plus souvent exacerbante, d'autres fois enfin franchement intermittente et caractérisée, dans les formes intermittente et exacerbante, par des accès ou paroxysmes qui peuvent arriver de jour, mais qui se présentent le plus ordinairement à la fin ou au commencement de la nuit, et durent en général de deux à quatre ou cinq heures. Comme signes physiques de l'attaque, nous avons surtout mis en relief : 1° des râles ou sifflements trachéaux perceptibles à distance ; 2° une expectoration séreuse et une expectoration muqueuse ; 3° par l'auscultation, des râles vibrants, de timbre et de siége variables, susceptibles de déplacement, et dont la diminution ou la disparition complète coïncide avec des transformations analogues de la dyspnée ; 4° un murmure vésiculaire faible ou nul en certains points du poumon, se rétablissant parfois pendant l'attaque pour se transporter ailleurs, se transformer en râles, etc., diminuant et disparaissant avec la dyspnée asthmatique ; 5° la percussion thoracique démontre une exagération de sonorité en rapport de siége et d'intensité avec les altérations du murmure vésiculaire ; 6° enfin la mensuration du thorax indique une augmentation plus ou moins marquée de tous les diamètres de cette cavité.

Tels sont en résumé les signes physiques de l'asthme. Avec leur aide, nous chercherons à pénétrer la nature intime de cette maladie, en discutant d'abord les théories émises à ce sujet par chacun des auteurs déjà cités. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

7. *La grippe.*

(Gazette médicale de Paris, N° 50 ; 1847.)

Il n'est pas aisé, à coup sûr, de définir la grippe. Si compréhensible que soit la définition, il y a chance pour qu'elle laisse en dehors un certain nombre de phénomènes importants qui font partie des caractères essentiels de la maladie. Il est même des médecins qui prennent texte de la diversité de ces phénomènes pour mettre en doute l'existence actuelle d'une affection épidémique, de quelque nom qu'on l'appelle. Cette manière d'envisager la question des épidémies nous paraît contraire à la saine interprétation des faits ; et, suivant nous, s'il y a un motif péremptoire pour admettre l'existence actuelle d'une maladie générale sévissant sur l'ensemble de la population, c'est précisément le motif qu'on invoque en faveur de l'opinion contraire, à savoir,

la diversité des manifestations morbides locales dans l'unité des manifestations générales. Considérer les premières comme autant de maladies distinctes que le hasard aurait rapprochées, ce serait aller contre les témoignages les plus clairs du sens philosophique; ce serait raisonner comme celui qui, dans l'ensemble des hommes, ne verrait qu'une collection d'individus et méconnaîtrait l'espèce. Si, au contraire, les différentes formes symptomatiques ne sont que des expressions particulières d'un fait général qui les domine, ou, si on l'aime mieux, des variétés d'une même espèce morbide, cela seul atteste la présence d'une cause commune, toujours identique à elle-même, et dont les effets ne varieraient pas davantage si elle surprenait tous les organismes dans des conditions absolument les mêmes. Or c'est cette identité de cause essentielle qui fait l'identité de nature de la maladie épidémique, et cette cause fût-elle, comme elle l'est en effet, parfaitement inconnue dans son essence et son mode d'action, la maladie n'en mériterait pas moins une dénomination particulière, précise, une, qui correspondît à l'unité de sa nature. Qu'on l'appelle grippe ou autrement, il importe peu. Le mot grippe n'a jamais eu de grandes prétentions à la sévérité scientifique; mais il ne vaut pas moins que le mot *choléra* et une foule d'autres, ou insignifiants, ou reposant sur des idées fausses, mais universellement acceptés dans un sens tout de convention qui ne préjuge rien sur les questions de doctrine.

D'autres médecins accordent bien à la maladie régnante le caractère d'une maladie générale, *douée d'un génie particulier*, mais ils ne veulent pas que ce soit la grippe, telle du moins que nous l'avons vue avant le choléra et en 1837. Le génie particulier, ils le déduisent de la violence des symptômes généraux et de leur uniformité; et les caractères qui différencient cette affection de la grippe de 1837, ils les trouvent dans cette diversité de l'appareil symptomatologique dont nous parlions tout à l'heure. C'est l'opinion exprimée par *l'Union médicale* dans son numéro du 9 décembre dernier. « Si on veut donner le nom de grippe à l'affection régnante, ajoute l'auteur de l'article, il faudra reconnaître que, sous ce nom de grippe, il faut entendre diverses affections qui se ressemblent par plusieurs points sans doute, mais qui diffèrent aussi par un certain nombre d'autres. » Nous devons croire qu'on n'a pas voulu parler seulement de différences accessoires, comme du plus ou moins de fréquence d'un phénomène morbide, du plus ou moins d'intensité de tel ou tel symptôme; car personne ne s'est jamais avisé de soutenir que chaque dénomination nosologique dût correspondre à un groupe de symptômes

invariables, et la fièvre typhoïde ne perd pas son nom pour affecter des formes diverses. Il s'agit donc ici nécessairement de différences fondamentales affectant plus ou moins la nature de la maladie ; mais alors nous ne comprenons plus très-bien le raisonnement. Ces symptômes généraux, si *violents* et si *uniformes*, dont on parle, sont-ils consécutifs aux souffrances locales de l'organisme, à l'angine, au coryza, à la bronchite, ou sont-ils primitifs? Ils sont évidemment primitifs, même dans l'opinion de l'auteur, puisqu'il les considère comme le produit d'un *génie particulier*. Mais le génie particulier, c'est la cause essentielle de la maladie, et les symptômes généraux que cette cause engendre directement sont les vrais caractères du mal, ceux qui déterminent sa nature. Par conséquent, pour qu'on puisse soutenir que l'affection régnante n'est pas la grippe, la vraie grippe, la grippe de 1837, il faudrait que les symptômes généraux fussent différents dans l'un et l'autre cas. Or, le symptômes généraux attribués par l'auteur à la grippe de 1837 sont les suivants : *mouvement fébrile très-marqué, céphalalgie intense, brisement des membres*. Et ceux qui, suivant lui, appartiennent à l'épidémie régnante, quels sont-ils ? Nous copions : *Céphalalgie, brisement des membres, malaise général, chaleur de la peau, accélération du pouls*. Et l'auteur a eu soin de dire que ces symptômes étaient *violents et uniformes !*

Sur ce point donc, aucune différence entre la maladie actuelle et la grippe de 1837. Nous l'avons dit, la question de *nature* est là tout entière. Le fonds commun des deux affections est le même, leur cause essentielle est la même ; leur nature est donc la même. La plus grande diversité dans leurs manifestations locales ne changerait rien à la solution du problème.

Mais en quoi résident donc, suivant l'*Union*, les différences qui séparent les deux épidémies ? Le voici : en 1837, les symptômes généraux et le coryza étaient constants ; cette année, « tantôt on ne voit que des coryzas avec céphalalgie, brisement des membres, malaise... tantôt ce sont des angines pharyngiennes ou laryngiennes, d'autres fois des bronchites qui s'accompagnent des symptômes généraux que nous venons de signaler. » Et un peu plus loin : « Chez un certain nombre de sujets, on trouve un coryza généralement peu notable ou une angine simple de médiocre intensité. » Cela fût-il exact, il n'y aurait rien à en tirer en faveur d'une différence de nature. Mais les souvenirs de l'auteur le trompent assurément. Quoi ! en 1837, il n'y a pas eu tout à la fois et des coryzas avec brisement des membres, céphalalgie, fréquence du pouls ; et des bronchites, voire même des pneumonies, avec le même cortége de symptômes généraux ;

et des angines ou des coryzas simples! Mais il y a plus : c'est que, si l'une des deux épidémies a été remarquable par le désaccord entre les phénomènes locaux et les phénomènes généraux, c'est celle de 1847. Il y a dix ans, le trouble général était très-prononcé, soit; mais le trouble local, quoique souvent très-inférieur au premier, faisait rarement défaut. Cette année, au contraire, nous avons vu bon nombre de sujets chez lesquels il était impossible de saisir autre chose qu'un trouble universel de l'organisme, manifesté par la céphalalgie, la courbature et la fièvre.

Après ce qui précède, nous sommes plus disposé que personne à reconnaître les différences phénoménales particulières qui distinguent réellement la présente épidémie de grippe des épidémies précédentes. Nous nous contenterons de les indiquer en peu de mots, ne jugeant pas bien utile d'entrer dans une histoire détaillée et complète des symptômes et de la marche de la maladie.

Et d'abord, il est certain que le coryza est généralement moins intense que dans les épidémies de 1832 et 1837, et même que dans l'épidémie de l'année dernière (*V. Gaz. méd.*, 1846). Le flux nasal, particulièrement, est moins abondant, et le genre particulier de douleur, ou plutôt d'embarras frontal qui accompagne ordinairement le catarrhe de la membrane pituitaire, est moins prononcé. Cependant, ce n'est là qu'une question de fréquence ; car nous avons vu, comme tout le monde, des sujets affectés d'un coryza insupportable et paraissant former le principal élément local de la maladie.

Il nous a paru aussi que la sueur ne s'établissait pas toujours avec une grande facilité. Nous nous rappelons ces malades de l'année dernière, qui, après avoir eu, pendant un jour ou deux tout au plus, la peau chaude et sèche, offraient une telle disposition à la sueur qu'ils ne pouvaient se remuer sans mouiller leur linge. Cette année, la sueur a été sans doute très-souvent, et même le plus ordinairement, la crise qui a jugé la maladie; mais ce phénomène, s'il a été aussi fréquent qu'en 1837, a été certainement moins prononcé. En d'autres termes, la moiteur est presque constante; mais la véritable diaphorèse a lieu moins fréquemment.

La grippe actuellement régnante a quelquefois abouti à la bronchite capillaire ou à la pneumonie, mais moins souvent encore, il nous semble, que dans les épidémies précédentes. C'est à tort qu'on voudrait voir dans ces déterminations locales de simples complications; il n'est pas douteux que ce ne soient là des irradiations de la maladie générale, qui doivent être comptées

au nombre de ses caractères, au même titre que l'angine et le coryza.

Enfin, la grippe que nous avons appelée ailleurs *abdominale* s'est montrée plusieurs fois avec des caractères parfaitement tranchés. Dans ces cas, à tous les symptômes généraux qui, dans la grippe ordinaire, précèdent l'angine ou la bronchite, ont succédé des coliques et de la diarrhée. L'hypothèse d'une complication ne saurait trouver place ici, puisque la maladie des intestins constituait tout le désordre local et que les bronches et les poumons n'étaient le siége d'aucun phénomène morbide. Prétendra-t-on que l'affection abdominale était simplement intercurrente? Mais la préexistence pendant quelques jours des accidents généraux, leur disproportion avec les accidents locaux, leur similitude avec les symptômes qui précèdent et accompagnent la grippe ordinaire, tout dépose contre cette interprétation.

La maladie épidémique actuelle est-elle contagieuse? Nous ne conservons pas plus de doute à son égard qu'à l'égard des épidémies précédentes. Les praticiens savent d'abord qu'elle ne franchit guère le seuil d'un appartement sans atteindre une partie des locataires. On voit des familles entières au lit, éternuant, se mouchant, toussant et expectorant. Quelquefois tous les membres sont pris à la fois, et cette circonstance pourrait ne pas sembler favorable à l'opinion contagioniste. Mais souvent ils sont pris les uns après les autres, comme il arrive dans les cas de rougeole ou de petite vérole. Puis, c'est un fait d'observation que, si la maladie gagne successivement les divers membres d'une même famille, il n'en est pas de même à l'égard des habitants d'une même maison. Or, cela serait difficile à comprendre si l'on attribuait la propagation du mal uniquement à la présence de la cause primordiale de l'épidémie, laquelle saisirait à la fois toutes les personnes comprises dans sa sphère d'action; car cette cause aurait le temps de parcourir tous les étages d'une même maison pendant les huit ou quinze jours qu'elle met parfois à atteindre les divers locataires d'un même appartement. Enfin, on voit des sujets frappés de l'épidémie immédiatement après avoir directement communiqué avec des parents ou des amis malades, et, par exemple, après avoir couché dans des draps imprégnés de la sueur d'individus grippés. Toutes ces circonstances nous semblent déposer d'une manière invincible en faveur de la contagion.

Deux mots en finissant sur le traitement.

Les moyens varient quelque peu, suivant que l'affection reste générale ou qu'elle arrive (ce qui est, comme nous l'avons dit,

l'ordinaire) à une détermination locale, soit du côté des voies respiratoires, soit du côté des viscères abdominaux.

Dans le premier cas, il importe de provoquer au plus vite la diaphorèse par des boissons chaudes et quelques opiacés. On ne saurait trop recommander aux malades de garder complétement le lit pendant un ou plusieurs jours. Alors, en général, les saignées ne sont pas indiquées, et même elles peuvent jeter rapidement le sujet dans une faiblesse nuisible à la convalescence. Cependant nous connaissons un malade chez lequel l'appareil fébrile, sans le moindre symptôme local, ni du côté des voies respiratoires, ni du côté des intestins, était tellement prononcé, qu'on crut devoir recourir à une saignée du bras. Le soulagement fut très-rapide. Si, après ces moyens, la guérison se fait attendre, il faut recourir à un laxatif doux qu'on répétera plusieurs fois s'il est nécessaire.

Dans les cas où les voies respiratoires sont engagées, le même traitement convient. Seulement, si les symptômes de ce côté ne sont pas bornés à un coryza ; s'il existe un catarrhe bronchique ou une pneumonie, on doit se hâter de recourir aux émétocathartiques. Le tartre stibié à haute dose rend aussi les mêmes services que dans les pneumonies ordinaires ; et même peut-être amène-t-il avec plus de facilité et de promptitude la chute de l'appareil fébrile.

Enfin, si la localisation se fait vers les organes digestifs, au lieu d'insister sur la diaphorèse, il faut de suite et de prime abord suivre la voie critique indiquée par la maladie elle-même, et provoquer une décharge intestinale. Ce moyen réussit surtout à la période actuelle de l'épidémie, où les grippes abdominales nous semblent devenir plus fréquentes qu'à son début.

THÉRAPEUTIQUE. — 8. *De l'emploi de la farine de froment dans le traitement des érysipèles ;* par le docteur ALEXIS FAVROT.

(Revue médico-chirurgicale, novembre 1847.)

Une multitude de moyens différents ont été mis en usage successivement dans le but d'arrêter la marche des phlegmasies érysipélateuses ; aucun, jusqu'à présent, ne paraît avoir réussi, complétement du moins.

Les émollients de toute nature, les cathérétiques, les astringents, le camphre, l'axonge, ont été vantés et abandonnés tour à tour.

M. Velpeau a préconisé le sulfate de fer, M. Jobert le nitrate d'argent. Ces médications, bien que proposées par des chirurgiens

de ce mérite, sont à peine répandues dans la pratique générale.

Sans nier les bons résultats obtenus par ceux qui les emploient, j'appelle l'attention des médecins sur un moyen aussi simple que bizarre, dont j'ai usé sans grande confiance d'abord, mais qui, à mes yeux aujourd'hui, est doué d'une valeur incontestable.

Parmi les observations que je vais citer, quelques-unes ont été recueillies à l'hôpital Beaujon, dans le service d'un chirurgien dont le zèle et le talent sont connus de tous nos confrères ; c'est une garantie de leur intérêt et de leur parfaite authenticité.

Obs. I. — Mademoiselle P..., âgée de 20 ans, d'un tempérament lymphatique, et appartenant à la classe aisée de la société, fut atteinte, dans la soirée du 15 mars 1845, d'une indigestion consécutive à une trop grande ingestion de moules.

Le lendemain, le bras gauche était rouge et gonflé, douloureux même au toucher; le 17, il y avait déjà apparition de bulles. Je fus mandé alors, et constatai un pemphigus aigu.

Une saignée, pratiquée immédiatement, quarante sangsues, appliquées en deux fois dans l'espace de huit jours environ, me donnèrent un résultat très-favorable.

Il n'existait plus qu'un peu de rougeur et quelque empâtement du tissu cellulaire sous-cutané, lorsque, tout d'un coup et sans cause connue, survint un gonflement considérable de l'avant-bras, puis du bras et même d'une partie du cou, accompagné de rougeur, de douleur et de chaleur extrême.

La tuméfaction du bras et de l'avant-bras surtout était telle, que la main était devenue œdémateuse; les mouvements des doigts, sinon impossibles, très-difficiles du moins ; l'avant-bras ne pouvait plus être fléchi sur le bras.

La pression de la main et même la sensation d'un corps étranger quelconque déterminaient des douleurs insupportables ; la malade, d'après son dire, se sentait le bras tout en feu.

Symptômes généraux :

Langue sèche, très-rouge à la pointe, sale à la base ; soif très-vive, inappétence ; nausées sans vomissements, diarrhée assez abondante.

Je ne parle point de la menstruation : les règles étaient venues huit jours avant la maladie.

Le pouls battait 140 pulsations, petites, irrégulières. Peau sèche, brûlante ; il y avait eu des frissons au début. Urines rouges, fortement colorées.

Respiration libre, battements du cœur précipités.

Céphalalgie violente ; un peu de loquacité, beaucoup d'agitation, surtout la nuit.

J'avais affaire à un érysipèle phlegmoneux diffus des mieux caractérisés.

En présence de pareils symptômes, je n'hésitai pas à faire une nouvelle application de trente sangsues sur le siége même du mal. Elles donnèrent beaucoup de sang et produisirent une légère modification ; mais l'érysipèle n'en continua pas moins sa marche. Ainsi, le cou, la poitrine et une partie du dos ne tardèrent pas à être envahis.

Ma malade était tombée dans un état de faiblesse et d'accablement tel, qu'il ne m'était plus possible de songer aux antiphlogistiques, ni même de retourner aux purgatifs, car la diarrhée persistait toujours.

D'accord avec deux de mes confrères qui furent demandés en consultation, de larges vésicatoires furent mis, l'un sur le dos, l'autre à la poitrine, puis l'on recouvrit d'axonge les parties déjà envahies. Mais il nous fut encore impossible de limiter la maladie. Le lendemain au matin, c'est-à-dire vingt-quatre heures après leur application, l'érysipèle avait gagné le ventre et même la partie supérieure de la cuisse gauche.

L'état de ma malade, sans être complétement désespéré, était cependant loin d'être rassurant. C'est alors que, voyant le peu de succès des moyens autorisés par la thérapeutique en pareille circonstance, j'eus idée de faire usage de la farine de froment ; et cette médication me sembla d'autant plus rationnelle, que ma malade était arrivée à un état d'adynamie et de prostration tel, que je ne savais plus quel mode de traitement employer.

On s'y prit de la manière suivante :

Je fis placer mademoiselle P... sur une couche de farine ordinaire, étendue d'avance sur le lit qu'elle devait occuper. Quand on l'y eut transportée, je fis couvrir de la même substance toutes les régions affectées par l'érysipèle, de manière à les plonger, pour ainsi dire, dans un bain de farine de froment, et je recommandai que tous les quarts d'heure environ on renouvelât la couche qui se trouvait en contact avec la peau.

J'eus soin aussi de mettre des cerceaux de distance en distance pour soulever les couvertures, diminuant ainsi la chaleur et rendant nuls les frottements susceptibles d'emporter le topique que j'avais fait appliquer.

Le premier jour, il y eut peu de résultat, sinon une sensation agréable chaque fois que l'on venait à saupoudrer les parties envahies par l'érysipèle. Le lendemain, je constatai que non-seulement la maladie était restée limitée aux mêmes

gions que la veille, mais encore qu'en certains endroits la chaleur était moins intense, la tuméfaction moins forte, et la douleur diminuée au point qu'une pression modérée pouvait déjà se faire. Il y avait ceci de particulier, qu'au bras et à l'avant-bras les couches de farine étaient demeurées agglomérées, fixées entre elles par un liquide jaunâtre purulent, au point de former des croûtes assez épaisses et tellement adhérentes à la peau, qu'on fut obligé, plus tard, de les humecter pour faciliter leur chute. Le surlendemain, les symptômes généraux étaient considérablement diminués; il y avait un peu d'appétit; le pouls ne battait plus que 80 à 90 pulsations; la céphalalgie était entièrement disparue, le sommeil revenu, et ma petite malade était tout à fait sortie de cet état d'adynamie qui m'avait donné tant d'inquiétude; elle commençait déjà même à s'occuper de tout ce qui pouvait l'intéresser.

Je crus convenable alors d'associer le quinquina à l'intérieur. Le quatrième jour, elle se levait sur son séant et pouvait prendre indistinctement dans son lit toutes les positions qu'elle voulait, sans éprouver la moindre douleur.

La desquamation commença alors à se faire en quelques points, et elle eut lieu d'une manière très-régulière les jours suivants.

Dès ce moment, je permis une alimentation légère, que j'augmentai successivement; néanmoins, l'usage de la farine fut encore continué pendant quatre autres jours, au bout desquels ma malade commença à pouvoir se lever dans sa chambre.

Enfin, huit jours plus tard, c'est-à-dire quinze jours après la première application de farine, on fut se promener aux Champs-Élysées.

— Bien qu'il soit à peu près évident pour moi que j'ai dû une guérison aussi inespérée à l'emploi de ce topique, on pourrait m'objecter que le résultat favorable que j'obtins dans cette circonstance pourrait bien être la conséquence des traitements antérieurs. Craignant tout naturellement cette objection, j'ai voulu avoir par-devers moi d'autres faits à apporter à l'appui de cette médication; j'ai attendu, j'ai expérimenté, et les observations qui vont suivre prouveront peut-être à mes confrères le degré de confiance qu'ils doivent accorder à la farine dans le traitement des érysipèles.

Obs. II. — Le 5 juillet 1845, on amena à ma consultation une petite fille âgée d'un an, nommée Marie Laroze, demeurant rue Saint-Germain-l'Auxerrois, 56.

Cette enfant, malade déjà depuis quelques jours, au dire de la

mère, se plaignait d'une violente douleur dans la main. Je constatai un état phlegmoneux, et fis immédiatement deux petites incisions à la face palmaire.

J'ordonnai ensuite des bains d'eau de guimauve et des cataplasmes.

Soit insouciance, soit peut-être impossibilité, cette médication fut à peu près négligée, et ce ne fut qu'au bout de cinq jours qu'on me pria d'aller voir cette enfant, qui était bien mal, me dit-on.

Je constatai, en effet, un érysipèle phlegmoneux des plus intenses. La main, l'avant-bras, le bras et la partie supérieure de l'épaule étaient entièrement envahis ; on ne pouvait toucher un seul point de ces régions sans faire pousser à l'enfant des cris déchirants.

L'état général lui-même était des plus alarmants.

Soif continue des plus vives, diarrhée abondante, urines à peine sensibles, cris continus nuit et jour.

Encore sous l'influence du résultat favorable que javais obtenu quelques mois auparavant, je ne voulus point m'exposer à perdre un temps précieux à tâtonner différents modes de traitement pour me fixer à celui qui me réussirait le mieux.

Je fis donc immédiatement coucher cette enfant dans un lit de farine ; puis, après avoir bien fait comprendre à la mère (femme d'une intelligence obscure, mais qui, après tout, me paraissait beaucoup aimer sa fille) tout le danger qu'il y aurait à ne pas suivre ponctuellement ma prescription, je lui ordonnai de la recouvrir, tous les quarts d'heure environ, de farine fraîche.

J'y retournai le soir même : je ne constatai aucune modification. La nuit fut encore bien agitée. Le lendemain au matin, l'érysipèle avait gagné le cou ; mais on n'y observait plus cette même rougeur que j'avais constatée sur les autres parties déjà envahies. C'était un rouge moins vif, et là où l'érysipèle s'arrêtait, on aurait presque pu assurer que ce serait sa limite; car la démarcation entre les régions déjà malades et les régions vierges était bien circonscrite.

Le surlendemain, à mon arrivée, la mère m'annonça, toute joyeuse, que son enfant était sauvée, parce qu'elle venait de prendre le sein qu'elle avait refusé depuis qu'elle était malade, et, quelques moments après, s'était assoupie près de deux heures. Le pouls, qu'il était impossible de compter les deux premiers jours, ne battait plus que 110 à 120 pulsations.

Bref, au bout de trois jours, c'est-à-dire après un emploi continu de cette seule médication pendant sept jours, la petite ma-

lade était parfaitement guérie et avait repris toutes ses habitudes et sa gaîté.

Ici, il n'y eut absolument que la farine d'employée, et, je dois l'avouer, j'osais à peine espérer, au début de la maladie, voir cette enfant guérir, tant les symptômes généraux étaient graves et tant la marche de l'érysipèle avait été prompte ; d'autant plus que, appartenant à des parents malheureux et sans éducation, je craignais considérablement des imprudences.

J'ajouterai qu'à la suite de cette guérison et pendant le temps de la convalescence, il y eut deux abcès au bras, qu'il me fallut ouvrir. Du reste, ils n'entraînèrent aucune conséquence fâcheuse, pas même des craintes de recrudescence.

Obs. III. — Le 22 mars 1846, Jules Lefèvre, âgé de 12 ans, se renverse de l'eau bouillante sur les pieds. Une sage-femme, qui demeurait dans le voisinage, est consultée et fait appliquer sur les parties tuméfiées un emplâtre dont je n'ai pu savoir la composition; elle continue ses conseils pendant près de huit jours, époque à laquelle les parents effrayés se décident à m'envoyer chercher.

La jambe du côté brûlé, ainsi que la cuisse et une partie de l'aine étaient le siége d'un érysipèle des plus aigus.

Les symptômes généraux alarmants.

Le pouls battait 140 pulsations, et le délire était continu.

Je pratiquai, le même jour, deux saignées dont le sang fut couenneux. Le lendemain au matin, les parties envahies étaient moins tendues, la fièvre moins forte ; mais l'érysipèle avait gagné le ventre jusqu'au nombril. Je commençai alors l'emploi de la farine, continué régulièrement et renouvelé tous les quarts d'heure. J'eus, comme dans les observations précédentes, un résultat favorable ; mais il ne fut pas aussi complet, en ce sens que je ne pus enrayer la maladie immédiatement ; et, malgré l'emploi de mon topique, le membre abdominal du côté opposé fut entièrement entrepris. Je ferai observer néanmoins que la marche en fut plus lente, successive en quelque sorte ; la teinte des parties malades n'était pas de ce rouge vif qui annonce l'envahissement illimité, et, en outre, elle ne fut pas accompagnée de cet ensemble de symptômes généraux qui lui sont habituels.

Malgré cette persistance, le petit malade guérit parfaitement au bout de quinze à dix-sept jours, et ses brûlures même étaient entièrement cicatrisées.

— Je pourrais augmenter le nombre des faits de guérison que j'ai obtenue par l'emploi de la farine de froment; car, cette même année, j'ai eu encore occasion de prescrire cinq fois ces

topiques dans la ville, et toujours avec le même succès. Mais, pour ne pas fatiguer le lecteur, je préfère citer trois autres observations recueillies dans le service de M. Huguier, à l'hôpital Beaujon.

Ces malades avaient été soumis antérieurement à plusieurs autres modes de traitement, et, lorsque la farine fut employée, toute autre espèce de thérapeutique paraissait sans ressource.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Huguier, salle Sainte-Clotilde.

Obs. IV. — La nommée Élisa Braîne, âgée de 19 ans, couturière, demeurant à Paris, rue Mouffetard, 140, entra à l'hôpital le 25 août 1847, pour y être traitée d'une fièvre typhoïde.

Le 15 septembre, on la fait passer en chirurgie. Elle avait la vulve et l'anus couverts de végétations nombreuses.

A la suite de leur excision, survint une surexcitation nerveuse des plus intenses, dans laquelle la malade demeura pendant près de deux jours. Au bout de ce temps, on observa à la fesse gauche une rougeur érysipélateuse qui ne tarda pas à envahir la partie postérieure de la cuisse; il y fut appliqué un premier vésicatoire de la largeur de la main (l'état de faiblesse était tel, qu'on ne pouvait songer aux émissions sanguines).

Néanmoins, la maladie continua sa marche (deuxième vésicatoire, de même grandeur, à la partie inférieure de la cuisse). Le lendemain, la jambe, le pied et la partie antérieure de la cuisse étaient entrepris; l'érysipèle gagna ensuite le pli de l'aine, le ventre et le membre abdominal du côté opposé, sans avoir été enrayé dans sa marche par l'application d'un troisième vésicatoire extrêmement large, qui avait été placé sur la région abdominale.

La malade, se trouvant, à son entrée dans les salles, d'une faiblesse extrême, ne tarda pas, sous l'influence de cette seconde maladie, à tomber dans un état d'accablement complet; le pouls était petit et faible, et la diarrhée persistait toujours.

Dans ces circonstances, on crut prudent de se borner à la médecine expectante, d'autant plus que, pendant quelques jours, on observa qu'il y avait une certaine diminution dans les symptômes locaux et que la maladie paraissait devoir se localiser.

Mais cette espérance ne fut pas de longue durée; sans cause appréciable, l'érysipèle revint subitement. Les parties affectées d'abord furent les premières reprises; et, le lendemain, on le voyait occuper les deux bras, le cou, et près de gagner la face et la tête.

Le pouls devenait de plus en plus filiforme, la peau était d'une chaleur âcre, brûlante, et le délire continuel. L'érysipèle avait gagné la tête et la face.

C'est alors, quand l'avis de toutes les personnes qui suivaient la visite fut que cette malade était dans un état complétement désespéré, que je priai M. Huguier d'essayer d'une médication qui jusqu'alors m'avait toujours réussi.

Il accéda volontiers à ma demande, et l'infirmière reçut l'ordre de couvrir cette femme entièrement de farine. Les deux premiers jours, il n'y eut pas de modification bien sensible ; néanmoins on fut étonné, chaque matin, de la trouver encore vivante.

Le troisième jour, il y avait un mieux manifeste ; on avait dormi la nuit, la fièvre était diminuée, et la langue, de sèche, fendillée, était devenue presque humide et moins rouge. Les symptômes locaux, par conséquent, étaient bien affaiblis, et l'on pouvait annoncer que la maladie marchait vers la résolution.

Décrire jour par jour les résultats favorables obtenus, ce ne serait que répéter ce que nous avons déjà dit dans les observations précédentes ; je me bornerai à ajouter que, depuis bientôt cinq jours, cette femme est entièrement rétablie et se promène dans les salles.

La semaine dernière, on la jugea assez bien portante pour exciser les végétations qui existaient encore. Elle ne s'est nullement ressentie de cette opération, et aujourd'hui 25 octobre, elle est sur le point de retourner dans sa famille.

Obs. V.—*Salle Ambroise Paré, n°* 188, est entré, le 3 août 1847, le nommé Jean-Baptiste Nojean, âgé de 36 ans, palefrenier, habitant barrière de Lonchamps, n° 3, pour une fracture comminutive des os de la jambe compliquée de plaie.

Pendant le traitement, plusieurs abcès consécutifs se développèrent. Après l'ouverture de l'un d'eux, siégeant au-dessous du mollet, une rougeur érysipélateuse se manifesta autour des bords de l'ouverture et ne tarda pas à envahir les parties environnantes. La marche fut des plus rapides ; en l'espace de 36 heures, l'érysipèle occupait la jambe entière, la cuisse, le pli de l'aine, la partie inférieure du ventre et le membre abdominal du côté opposé.

Le malade, affaibli déjà par la diète à laquelle on avait été obligé de le soumettre, dès son entrée à l'hôpital, à cause d'une diarrhée abondante et d'un état de prostration permanente, offrait, comme on le voit, peu de ressources à une médication active.

Néanmoins, on crut convenable de lui appliquer vingt sangsues à l'aine droite, plutôt pour enrayer un engorgement considérable des ganglions inguinaux, que dans l'espérance de modifier l'érysipèle.

Des cataplasmes très-légers et surtout des lotions émollientes

furent seuls prescrits, et cela dans l'intention de calmer la tuméfaction.

Il y avait déjà six à huit jours que cet érysipèle continuait sa marche progressive, et le malade était tombé dans un état de prostration et de faiblesse telles que le diagnostic était des plus défavorables, lorsque M. Huguier, encouragé par le succès qu'il obtenait dans le service des femmes, décida d'employer aussi la farine chez cet homme.

Dès le lendemain, les parties étaient déjà moins tendues et moins douloureuses, le malade plus calme ; le surlendemain, il y avait arrêt dans la marche de la maladie, un état de bien-être inconnu depuis longtemps et une amélioration notable des symptômes généraux.

La farine fut continuée huit jours.

Aujourd'hui, 27 octobre, le malade est entièrement guéri de son érysipèle.

Obs. VI. — *Salle Saint-Félix*, n° 207. — Journal, âgé de 45 ans, marchand des quatre saisons, demeurant cité Coquenard, n° 22, entre à l'hôpital, le 6 octobre 1847, pour un phlegmon diffus occupant la main et le poignet. Deux incisions lui sont pratiquées à la face dorsale de la main.

Deux jours après, un érysipèle des plus intenses se manifeste ; 25 sangsues sont mises de suite sur l'endroit le plus tuméfié. On prescrit concurremment des cataplasmes et des lotions émollientes.

Malgré ce premier traitement, l'érysipèle continuant sa marche et menacant de gagner l'épaule et le cou, on prescrit l'emploi de la farine de froment. Elle est continuée pendant cinq jours.

Aujourd'hui 27 octobre, la guérison est complète et le malade songe à nous quitter.

— Si l'on me demande maintenant des explications sur ce mode étrange de traitement, ou plutôt de guérison, je repondrai qu'il me serait peut-être impossible d'en rendre compte d'une manière satisfaisante pour tous les esprits.

Je me suis proposé à moi-même plusieurs théories ; aucune ne m'a convaincu : celle qui m'a paru la plus rationnelle consisterait à dire que ces couches successives, préservant du contact de l'air, modifieraient ainsi la nature de l'inflammation.

J'ajouterai, en outre, que j'ai toujours remarqué que, le lendemain de ce traitement, les malades étaient heureux du sentiment de fraîcheur qu'ils éprouvaient, et que, de ce moment aussi, il y avait une amélioration sensible dans les symptômes généraux.

En thérapeutique, qu'importe l'explication si le fait est bien constaté ?

Le quinquina et le mercure, ces deux admirables médicaments, savons-nous comment ils agissent; et pourtant que de merveilleuses guérisons ils amènent !

---

9. *Essai sur les accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'iodure de potassium et sur les moyens les plus propres à les prévenir ;* par A. Rodet, chirurgien en chef (désigné) de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon.

(Gazette médicale de Paris, N° 46 ; 1847.)

En commençant ce mémoire, j'éprouve le besoin d'avertir que je ne viens point m'élever contre l'emploi d'un remède qui est aujourd'hui à la mode, et dont la réputation est justifiée par les guérisons les plus nombreuses et les plus remarquables. Je pourrais même citer beaucoup d'exemples, pris dans ma pratique, qui témoigneraient au besoin de sa haute efficacité.

Depuis quelques années, les journaux de médecine sont remplis d'exemples de guérisons obtenues par l'iodure de potassium, et ils ne contiennent pas un seul cas d'accident produit par ce remède. Cela vient sans doute de ce qu'on se montre toujours plus empressé à publier ses succès qu'à avouer ses revers. Cela vient peut-être aussi de ce qu'on a méconnu jusqu'à ce jour la nature des accidents dont je m'occupe, et qu'on les a attribués à des causes qui leur sont plus ou moins étrangères.

Tous les auteurs qui ont écrit sur l'iodure de potassium se sont accordés à admettre que ce médicament n'est pas susceptible de produire des accidents sérieux. D'après M. Ricord, les lésions diverses qu'il détermine quelquefois se dissipent toujours avec une très-grande facilité, et dans un très-court espace de temps, pourvu qu'on en cesse l'usage ou qu'on en diminue les doses. Enfin, la plupart des médecins pensent aujourd'hui que l'iodure de potassium peut, presque dans tous les cas, être substitué au mercure, dont il réunit tous les avantages sans en avoir tous les inconvénients.

Toutes ces assertions sont erronées ou exagérées, comme j'espère pouvoir le démontrer, et elles entraînent les médecins dans un abus qui peut avoir des conséquences très-graves pour les malades, et qui peut devenir préjudiciable au médicament lui-même. N'est-ce pas parce qu'on avait abusé du mercure que ce médicament devint, à plusieurs reprises, l'objet d'une réprobation presque générale ? Et cependant, quel autre remède est capable de rendre de plus grands services à la thérapeutique ? L'iodure de

potassium ne manquerait pas d'avoir le même sort si l'on continuait à en abuser comme on le fait aujourd'hui, et si l'on ne se hâtait de faire une juste appréciation des inconvénients aussi bien que des avantages qui peuvent résulter de son emploi et des cas où il peut être utile ou nuisible d'y avoir recours.

Ce mémoire comprendra deux parties distinctes : l'une où je m'occuperai des accidents qui peuvent résulter de l'iodure de potassium, et l'autre où j'indiquerai quels sont les moyens qui me paraissent les plus propres à prévenir ces accidents.

PREMIÈRE PARTIE. — *Des accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'iodure de potassium, et des conditions qui paraissent en favoriser la manifestation.*

Dans cette première partie, je me propose de démontrer, autant qu'il me sera possible, les quatre propositions suivantes, savoir :

1° Dans l'état physiologique, l'iodure de potassium porte son action irritante sur certains organes de prédilection, et lorsqu'il agit d'une manière pathogénique, son effet se fait sentir sur l'un de ces organes de prédilection, ou bien sur l'organe qui se trouve déjà dans un état de souffrance et sujet à une irritation ou à une fluxion habituelles.

2° L'iodure de potassium ne produirait que très-rarement, et peut-être jamais, des accidents sérieux, si on ne l'employait que dans les cas qui réclament évidemment son emploi.

3° L'iodure de potassium est mal supporté, en général, dans les cas où il convient d'avoir recours au mercure, de sorte que, au lieu d'être un succédané de ce dernier médicament, il ne paraît en être que le complément.

4° L'iodure de potassium agit d'une manière d'autant plus favorable que le malade est encore vierge de tout traitement antérieur. La circonstance d'un ou de plusieurs traitements mercuriels faits depuis peu de temps doit faire craindre que l'iodure ne détermine des accidents, surtout du côté du cerveau.

Première proposition. — Dans l'état physiologique, l'iodure de potassium porte son action irritante sur certains organes de prédilection, et lorsqu'il agit d'une manière pathogénique, son effet se fait sentir sur l'un de ces organes de prédilection, ou bien sur l'organe qui se trouve déjà dans un état de souffrance et sujet à une irritation ou à une fluxion habituelles.

Tous les médecins qui ont souvent employé l'iodure de potassium à dose élevée, comme on est généralement obligé de le faire dans le traitement de la syphilis constitutionnelle, ont dû recon-

naître que ce remède produit fréquemment une légère excitation de certains organes ou de certains tissus, et qu'il en résulte une augmentation de l'appétit, une coloration plus prononcée des membranes muqueuses apparentes, une diurèse, etc.; que, dans quelques cas, cette excitation est beaucoup plus intense et dégénère en irritations ou en inflammations qui offrent partout des caractères spéciaux et qui constituent des gastralgies, des exanthèmes variés, des ophthalmies, des coryzas, des bronchites, des néphrites et un état tout particulier du cerveau qu'on a désigné sous le nom d'*ivresse iodique*.

Ces effets-là ne sont contestés par personne, et M. Ricord a publié sur ce sujet une note très-intéressante dans le *Bulletin de Thérapeutique*, en 1842. Ce que l'on n'admet pas, c'est que toutes ces irritations puissent quelquefois atteindre un haut degré d'intensité, devenir persistantes, nécessiter un traitement particulier et causer de sérieuses inquiétudes. D'après M. Ricord, il suffit de suspendre l'usage du remède ou d'en diminuer les doses pour voir tous les accidents disparaître d'eux-mêmes, et il ne les a jamais vus persister plus d'une semaine lorsqu'ils n'étaient dus qu'à l'iodure de potassium.

Je suis convaincu que tous les praticiens n'ont pas été aussi heureux que M. Ricord, et que la plupart ont déjà rencontré des cas où ils ont été obligés d'intervenir d'une manière active et rationnelle.

L'iodure de potassium peut déterminer dans les organes sur lesquels il porte plus spécialement son action tous les degrés de l'irritation, depuis la plus légère excitation jusqu'à l'inflammation la plus violente. Je citerai plus loin des observations qui viendront à l'appui de cette assertion; toutefois, je ferai remarquer que lorsqu'il produit des désordres graves dans quelque organe, il existe assez souvent chez le malade une prédisposition particulière dont on doit tenir le plus grand compte, et sur laquelle on me permettra d'insister :

1° Il peut se faire que le malade soit disposé aux irritations de l'un des organes sur lesquels l'iodure de potassium porte naturellement son action. Dans ce cas, le médicament commence par ne jouer que le rôle de cause occasionnelle; mais ensuite, s'il a été administré pendant un certain temps et à dose un peu élevée, l'économie entière et le sang s'en trouvant en quelque sorte imprégnés, il devient une cause incessante d'irritation, quoiqu'on en suspende l'emploi, et l'inflammation déjà existante peut acquérir pendant ce temps-là des proportions très-importantes. Le remède agit alors parallèlement avec la prédisposition, et l'in-

flammation qui en est la résultante doit être en raison directe de ces deux causes réunies.

2° Si, au lieu d'une simple prédisposition à l'irritation de l'un des organes sur lesquels l'iodure de potassium porte son action élective, il existe déjà une véritable irritation de l'un de ces organes, le médicament concentrera son action sur cet organe et deviendra une cause adjuvante ou aggravante de la maladie.

3° Quelquefois l'organe qui se trouve irrité au moment où l'on commence à faire usage de l'iodure de potassium n'est pas un de ceux sur lesquels ce remède a une action élective. Alors le traitement peut avoir deux résultats bien différents : tantôt l'action du remède se concentre sur l'organe, quel qu'il soit, où existe l'irritation, et le mal s'aggrave de plus en plus sous son influence; tantôt, au contraire, elle se porte vers l'un des organes de prédilection, et alors l'irritation ancienne peut se trouver déplacée par la nouvelle et se combiner avec elle. Ici encore l'action persistante de l'iodure de potassium est capable de maintenir et de fixer l'irritation ou l'inflammation dans son nouveau siége. Pour que ce phénomène remarquable ait lieu, il ne suffit pas qu'un organe soit déjà le siége d'une irritation et que l'iodure de potassium porte son action spéciale sur un autre organe, il faut encore que l'irritation déterminée par le médicament soit plus forte que l'irritation ancienne et qu'il existe chez le malade une grande mobilité dans les phénomènes fluxionnaires, et par conséquent une grande tendance aux déplacements. Dans les cas contraires, les deux affections pourraient marcher parallèlement et rester indépendantes l'une de l'autre.

4° Beaucoup d'individus viennent au monde avec le germe d'une foule de maladies et conservent néanmoins pendant plus ou moins longtemps l'apparence complète de la santé. Chez ces individus, il n'existe pas un équilibre parfait entre les différentes fonctions et les phénomènes vitaux offrant beaucoup de mobilité ou d'instabilité; souvent même, dans ces cas, la santé ne s'entretient qu'au moyen d'une fonction accidentelle ou accessoire, c'est-à-dire au moyen de quelque phénomène dépurateur qui consiste, soit dans une teigne muqueuse, soit dans une sueur fétide des pieds, soit dans une épistaxis, etc., etc. La moindre cause suffit alors pour rompre un équilibre aussi instable et par conséquent pour amener un état pathologique. Tout ce qui peut entraver la fonction supplémentaire ou supprimer le phénomène dépurateur amène nécessairement un état anormal, rejette l'irritation ou la fluxion sur un organe différent, et une foule de désordres peuvent en être la conséquence. Or, l'iodure de potassium

peut être la cause qui rompt cet équilibre en concentrant toute l'activité sur un point et en y fixant l'irritation.

Ces principes me paraissent si vrais, si simples et si faciles à comprendre, que je crois inutile d'y insister davantage. Je vais seulement citer quelques observations qui viendront à leur appui.

Obs. I. — Madame R..., âgée de 30 ans environ, d'un tempérament lymphatique nerveux très-prononcé, et faiblement réglée, était sujette depuis plusieurs années à des ophthalmies qui revenaient périodiquement, tantôt à l'époque des règles, et tantôt dans leur intervalle. Ces ophthalmies s'accompagnaient d'une rougeur intense de la conjonctive et d'une sensibilité très-vive de la rétine qui ne pouvait plus supporter l'impression de la lumière. Elles ne duraient jamais plus de huit ou dix jours.

Lorsque cette dame vint me consulter, elle était atteinte, depuis neuf mois, d'une maladie très-singulière de la langue, qui présentait aussi quelque chose de périodique dans sa marche et pour laquelle elle avait déjà consulté plusieurs médecins français et allemands sans obtenir aucun soulagement. La langue, plus volumineuse que dans l'état ordinaire, présentait sur sa face supérieure cinq ou six ulcères d'un demi-centimètre de profondeur, à fond grisâtre et à bords relevés et renversés. Sur le bord droit existait un tubercule du volume d'un pois et d'une consistance médiocre. Le mari me dit que tous les ulcères avaient commencé par des tubercules semblables ; que les uns se cicatrisaient et disparaissaient pendant que d'autres tubercules apparaissaient.

Tous les mois environ, il survenait une augmentation extraordinaire de tous les symptômes ; les ulcères se creusaient, la langue se tuméfiait et devenait extrêmement douloureuse ; une bave abondante s'écoulait continuellement de la bouche ; la déglutition devenait très-difficile et la mastication impossible, ainsi que l'articulation des sons. Cette exaspération durait à peu près quinze jours, quoi que l'on pût faire, et présentait d'abord une période croissante, puis une période décroissante. Les ophthalmies revinrent plusieurs fois pendant le cours de cette maladie, et ne présentèrent ni plus ni moins d'intensité qu'auparavant.

Quoique le mari m'assurât que sa femme n'avait jamais eu d'affection vénérienne et que lui-même n'avait eu que des chancres à une époque déjà bien éloignée, je n'en diagnostiquai pas moins une syphilis constitutionnelle arrivée à la troisième période. En conséquence de ce diagnostic, je prescrivis l'iodure de potassium à la dose de 25 centigr. en commençant, et j'arrivai, par des augmentations successives, à celle de 1 gramme, puis de 15 décigr. ; je prescrivis en même temps des gargarismes iodurés

et des boissons sudorifiques. L'amendement ne se fit pas longtemps attendre, et au bout de trois semaines la langue était complétement guérie, sauf quelques indurations qui étaient le résultat de la cicatrisation des ulcères. Je fis continuer le traitement, et les ulcérations ne reparurent plus ; mais l'œil droit s'irrita. Supposant alors que l'iodure de potassium avait pu déterminer cette irritation, j'en fis suspendre l'usage et je prescrivis des collyres calmants et émollients, quelques révulsifs, etc. L'ophthalmie persista néanmoins, et cette persistance me donna le change. Je crus, sur la foi des auteurs, que l'irritation n'ayant pas diminué huit ou dix jours après avoir suspendu l'emploi de l'iodure de potassium, il était prouvé que cette irritation n'avait aucun rapport avec l'action du remède, et je crus devoir expliquer cette persistance par un déplacement de la maladie que je m'accusai d'avoir guérie trop rapidement par les gargarismes iodurés, non moins peut-être que par l'emploi interne de l'iodure de potassium. Partant de cette fausse idée, et jugeant que le traitement antisyphilitique n'était pas suffisant pour assurer une guérison définitive, je fis appliquer des révulsifs sur les membres inférieurs, et je repris l'usage de l'iodure de potassium après une suspension de dix ou douze jours. J'en portai la dose à 2 grammes. Au bout de huit jours, l'œil était beaucoup plus malade que jamais, et il fallut cesser définitivement l'emploi du remède.

Les sangsues, les révulsifs cutanés, les purgatifs et les collyres de tout genre furent essayés sans aucun succès. L'inflammation suivit sa marche progressive, en dépit de tous les moyens qui lui furent opposés ; elle s'accompagna de douleurs atroces de la tête et de l'œil, et elle amena l'érosion de la cornée et une injection très-prononcée des vaisseaux de cette membrane. Au bout de quelques jours, il survint des coliques violentes qui furent bientôt suivies de l'éruption des règles et d'une détente très-remarquable du côté de la tête et de l'œil. A partir de ce moment, l'inflammation suivit une marche décroissante pendant quinze ou dix-huit jours ; puis tout à coup, sans autre cause que l'approche des règles, tous les accidents reparurent. Ils atteignirent un degré d'intensité plus grand que la première fois, et ils ne prirent une marche rétrograde qu'à la suite de violentes coliques et de l'éruption menstruelle.

Les époques suivantes furent marquées par les mêmes phénomènes. Après la cinquième, la cornée était injectée, ramollie, ulcérée et couverte de taches, et un peu de pus commençait à s'épancher dans la chambre antérieure de l'œil. Alors, à la suite d'une consultation que j'eus avec M. Baumès, je soumis cette

malade à l'usage du lait d'ânesse, des boissons émollientes et d'un régime doux, et je lui établis un cautère à la jambe droite.

A l'époque suivante, la fluxion vers la tête et vers l'œil fut déjà moindre qu'aux époques précédentes; mais le genou droit se tuméfia et devint un peu douloureux.

A la deuxième époque, à partir de l'application du cautère, le genou s'engorgea considérablement et devint très-douloureux; mais l'ophthalmie n'éprouva qu'une légère recrudescence.

A la troisième, enfin, l'œil était à peu près guéri; la cornée offrait seulement un peu d'opacité; l'hypopion avait complétement disparu. Le genou s'engorgea à peine, mais le cautère donnait abondamment. A cette époque, la malade partit pour la Prusse, et je n'en ai plus eu de nouvelles.

Obs. II. — M. F..., âgé de 56 ans, d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin, était atteint d'une affection dartreuse depuis trente-cinq ans. Plusieurs médecins ayant refusé de lui prescrire un traitement curatif, parce qu'ils considéraient cette maladie comme une de celles qu'il est dangereux de guérir, il consulta l'ouvrage de M. Raspail, et il se mit à l'usage de la pommade camphrée, de l'eau de goudron et de l'aloès. Sous l'influence de ce traitement, son affection dartreuse ne tarda pas à diminuer et à disparaître presque complétement; mais il survint en même temps une affection des organes génito-urinaires pour laquelle il vint me consulter, et qui présentait les caractères suivants : le malade éprouvait une douleur très-vive dans la partie profonde du canal de l'urèthre et une douleur sourde dans la région du rein gauche. L'introduction d'une bougie en cire du n° 9 détermina une douleur si aiguë qu'il fallut renoncer à la faire pénétrer jusque dans la vessie. L'urèthre laissait échapper une matière muqueuse, blanche, ténue, assez abondante. Le testicule gauche était tuméfié, mollasse et douloureux à la pression. L'urine sortait quelquefois avec difficulté; elle était tellement albumineuse que la chaleur la coagulait presque complétement.

Je lui prescrivis un traitement qui avait pour but de calmer les organes malades et de rappeler autant que possible l'éruption qu'il avait eu l'imprudence de faire disparaître. Ce traitement lui déplut; il ne le mit pas en usage, et il alla consulter un prétendu spécialiste qui, ayant cru à l'existence d'une pierre, fit deux ou trois tentatives de lithotritie. Ces tentatives n'eurent pour résultat que d'aggraver les accidents et de déterminer une hématurie effroyable qui ne se calma qu'avec beaucoup de difficulté.

Lorsque les principaux accidents furent dissipés, il se rappela qu'il avait eu autrefois des maladies vénériennes, et persuadé que

sa maladie actuelle devait être le résultat d'un vice vénérien mal guéri, il se mit à l'usage de l'iodure de potassium, dont il prit 1 gramme par jour dans un litre de tisane de salsepareille. Quinze jours de ce traitement suffirent pour amener une hématurie aussi abondante que la première. Lorsque l'hémorrhagie fut complétement arrêtée, il reprit l'usage de l'iodure de potassium et de la tisane de salsepareille. Au bout de huit ou dix jours, ce traitement avait produit une nouvelle hématurie et une gastro-entérite très-bien caractérisée. Je fus alors appelé auprès du malade, que je parvins à calmer d'abord en employant les moyens les plus doux, et à guérir ensuite en ouvrant sur le bras gauche un large cautère qui suppura extraordinairement.

Obs. III. — M. F..., âgé de 50 ans, d'un tempérament bilieux, avait été sujet, depuis l'âge de 15 ans, à une sueur des pieds très-abondante et fétide qu'il supprima involontairement, plusieurs années après, par l'immersion répétée des pieds dans l'eau froide pour guérir des engelures. Cette suppression fut suivie presque immédiatement d'une maladie des deux yeux qui s'accompagna de douleurs violentes et qui faillit lui faire perdre la vue. On parvint à guérir les yeux; mais l'affection se transporta sur le cerveau qui devint le siége de douleurs intolérables, accompagnées de sueurs abondantes de toute la tête, d'étourdissements et d'égarement dans les idées. Il faillit, dit-il, perdre tout à fait la raison. Cette maladie persista pendant dix-huit mois malgré tous les moyens qu'on put lui opposer. Lui-même eut alors l'idée d'employer les immersions de la tête dans de l'eau très-froide. Ce moyen fit disparaître les maux de tête et les autres symptômes, comme il avait fait disparaître antérieurement la transpiration des pieds; mais il survint à la place des douleurs qui se fixèrent d'abord dans les épaules, et qui parcoururent ensuite les différentes parties du corps. Pendant plus de quinze ans il fut sujet à ces douleurs, qui disparurent enfin pour faire place à une irritation de la gorge et à une légère toux. Cette irritation descendit peu à peu le long de la trachée et des bronches, et amena un peu de gêne derrière le sternum et une expectoration assez abondante.

A 38 ans, il contracta une blennorrhagie qu'il fit disparaître au bout d'un mois, mais incomplétement; car il lui resta un peu de suintement, surtout les matins, une douleur au fond du canal et une sécrétion désagréable vers la fosse naviculaire. Il essaya à plusieurs reprises un grand nombre de moyens pour se débarrasser de ces restes de sa blennorrhagie; mais ce fut toujours inutilement.

En 1846, l'irritation de l'urèthre et le suintement existaient

encore, ainsi que la toux catarrhale ; il existait aussi un peu de céphalalgie. La transpiration des pieds n'avait plus reparu. A cette époque, on lui conseilla de faire usage de l'iodure de potassium. Il l'employa, mais à faible dose, pendant plusieurs mois. Peu à peu le suintement diminua, mais la toux devint plus sèche ; une douleur se déclara derrière le sternum, et il survint de l'oppression. Persuadé que, s'il n'avait pas obtenu jusque-là un succès plus complet, c'était parce qu'il n'avait pas pris l'iodure de potassium à dose assez forte, il tripla subitement cette dose et la porta à 12 décigrammes environ. Quatre ou cinq jours après, la toux était déchirante ; elle revenait par quintes très-prolongées qui n'amenaient aucune expectoration. La douleur sous-sternale était très-vive et s'étendait à l'épigastre ; il semblait au malade qu'une plaie saignante existait dans cette région. L'oppression était très-grande. Le moral était vivement affecté. Du reste, l'appétit était bon et la digestion facile. Le sentiment avait complétement disparu, ainsi que la céphalalgie à laquelle le malade était sujet avant l'emploi de l'iodure de potassium. Il était évident qu'à l'appel de ce remède toutes les irritations avaient abandonné leur siége primitif et s'étaient concentrées vers la poitrine.

Le lait d'ânesse, les sirops calmants, les boissons pectorales et émulsives, et les révulsifs cutanés ne tardèrent pas à amener un peu de calme dans les souffrances du malade ; mais ce qui le guérit réellement, ce fut le rétablissement de sa transpiration des pieds, qui fut opéré en huit jours par les pédiluves sinapisés et par l'usage des chaussettes en caoutchouc.

— M. Payan (d'Aix) a vu, dans un cas semblable, l'iodure de potassium déterminer une salivation si inquiétante, qu'il n'en a jamais observé d'aussi considérable produite par les mercuriaux. Or, le malade qui fait le sujet de son observation avait la bouche très-disposée à l'irritation, puisqu'il était atteint d'une affection cancéreuse du maxillaire inférieur. (*Revue médicale*, 1846, t. III, p. 240.)

Deuxième proposition. — L'iodure de potassium ne produirait que très-rarement, et peut-être jamais, des accidents sérieux, si on ne l'employait que dans les cas qui réclament évidemment son emploi.

Cette proposition est déduite de l'ensemble des faits qui ont été soumis à mon observation, et j'espère que tous les praticiens qui voudront observer attentivement arriveront à la même conclusion. Ces faits sont encore trop peu nombreux, je l'avoue, pour permettre d'établir une proposition aussi générale ; mais ce

qui leur donne, à mon avis, beaucoup de poids, c'est que le raisonnement se trouve tout à fait d'accord avec eux.

Les médicaments ne sont que des modificateurs plus ou moins puissants, soit des actes vitaux, soit des liquides ou des solides du corps. Les uns ont une action passagère et insaisissable comme les actes auxquels ils s'adressent ; les autres agissent d'une manière plus lente, mais plus durable. Ils modifient la constitution, et peuvent agir longtemps encore après qu'on en a cessé l'usage. Ils semblent imprégner toutes les humeurs et se combiner avec tous les tissus. Plus ils sont puissants, plus ils produisent des effets héroïques et salutaires lorsqu'ils sont employés à propos, mais plus aussi ils sont capables de determiner des accidents redoutables toutes les fois qu'aucun état morbide ne nécessite leur emploi. Dans le premier cas, ils rétablissent le juste équilibre que la maladie avait fait disparaître ; dans le second cas, ils ne peuvent que rompre cet équilibre s'il existait déjà, et par conséquent aggraver ou compliquer la maladie.

Pour qu'un remède agisse convenablement, il faut que l'estomac le tolère et que, après avoir été absorbé, il porte son action bienfaisante sur toutes les parties malades sans atteindre celles qui ne le sont pas. Heureusement, en vertu de l'accord qui règne entre toutes les parties d'un corps organisé et du concours unanime de toutes ces parties vers un but unique, l'entretien de la vie, les organes sains tolèrent ordinairement les remèdes qui sont propres à guérir les organes en souffrance et à rétablir l'harmonie des fonctions. C'est ce qu'exprime très-bien ce bel aphorisme d'Hippocrate : *Consensus unus et consentientia omnia.* Cela est vrai surtout des maladies qui frappent toute la constitution avant de produire des lésions locales, et des remèdes qui ont une action spécifique, comme le mercure et l'iodure de potassium. M. Ricord a souvent employé ce dernier remède à la dose de 8 ou 9 grammes par jour. M. Gauthier l'a porté jusqu'à 7 ou 8 grammes. Je l'ai moi-même poussé jusqu'à la dose de 6 ou 7 grammes ; et dans tous ces cas il a été facilement supporté par l'estomac et par tous les autres organes. J'ai vu bien des fois avec étonnement des estomacs faibles ou même irritables supporter très-bien ce remède dans des cas où il était évidemment indiqué ; et j'ai vu souvent aussi, avec non moins de surprise, des estomacs sains, digérant très-bien, ne pas le supporter, même à dose moyenne, dans des cas où il n'y avait pas d'indication à son emploi. Cette règle a certainement de nombreuses exceptions, comme toutes celles que régissent les phénomènes vitaux ; mais elle n'en est pas moins très-remarquable et très-digne d'être signalée.

Lorsque l'iodure de potassium a été toléré et absorbé par l'estomac, il se mélange avec le sang, et alors, s'il existe un virus à combattre et que ce virus se trouve dans les conditions favorables dont je parlerai tout à l'heure, le médicament le neutralise sans toucher en quelque sorte à la constitution, et le virus neutralise en même temps le remède. La lutte entre ces deux agents est intestine et s'opère en silence. Le corps n'en est que le théâtre. Si, au contraire, il n'y a pas de virus à combattre, le remède ne peut agir que sur la constitution elle-même et donner lieu aux désordres les plus variés.

Je me hâte d'avertir que, si je suppose l'existence d'un virus qui est capable de neutraliser l'action de l'iodure de potassium et qui est neutralisé par lui, ce n'est que pour donner plus de clarté à l'explication d'un fait que tout le monde a pu ou pourra observer. Je dirai, si l'on veut, que l'affection syphilitique produit, dans certains cas, des modifications profondes de la constitution que l'iodure de potassium corrige avec une efficacité remarquable, et que, dans ces cas, l'action de ce remède est employée tout entière à rétablir l'équilibre et la santé; tandis que, dans les cas où ces modifications profondes n'existent pas, cette action ne peut être employée qu'à rompre l'équilibre et à produire des effets pathologiques.

Qu'on ne prescrive donc l'iodure de potassium que dans les cas qui réclament réellement son emploi, et l'on ne verra presque jamais survenir les accidents dont je m'occupe ; l'estomac le supportera très-bien, à moins qu'il ne soit le siége d'une affection indépendante de la maladie constitutionnelle ; les fonctions, loin de se pervertir, reprendront toute leur régularité si elles l'avaient perdue, et rien n'annoncera que le malade fait usage d'un remède violent, si ce n'est le rétablissement graduel de la santé. Malheureusement on s'écarte tous les jours de ce précepte. On a vu l'iodure de potassium produire, dans certains cas, des guérisons presque miraculeuses, et l'on veut lui en faire produire dans des cas où son emploi n'est nullement indiqué. Beaucoup de médecins, persuadés que ce remède est capable de guérir tout ce qu'il touche, le prescrivent dans les maladies les plus diverses et à toutes les périodes de la syphilis; ils sont ensuite étonnés de ne pas obtenir les résultats admirables qu'ils s'étaient promis et qu'ils avaient promis aux malades. S'il produit des accidents, on est trop convaincu de son innocuité pour les lui attribuer, et en attendant les effets merveilleux que l'on a annoncés, les accidents s'aggravent de plus en plus, au point que l'on a quelquefois beaucoup de peine à en débarrasser les ma-

lades. Voici deux faits qui viennent à l'appui de ce que j'avance.

Obs. IV. — M. Sch..., graveur, âgé de 60 ans, d'un tempérament sanguin et d'une constitution forte et pléthorique, était atteint, depuis un grand nombre d'années, de tumeurs qui avaient tous les caractères de tumeurs érectiles et qui étaient fixées sur le lobule du nez. Ces tumeurs étaient bosselées, molles, élastiques et parcourues par des veines nombreuses et violacées. La face était aussi fortement colorée, injectée et sillonnée de veines très-apparentes.

En 1843, M. Sch... consulta un médecin qui lui prescrivit un gramme d'iodure de potassium par jour, dissous dans une tisane dépurative. Après sept ou huit jours de l'emploi de ce remède, il survint une congestion violente vers la face et vers toute la tête, qui faillit, dit-il, le faire périr. Son médecin diagnostiqua un érysipèle de la face et du cuir chevelu, et ne vit aucune relation entre l'apparition de cette maladie et l'action de l'iodure de potassium. En conséquence, aussitôt que la tête fut complétement débarrassée, il ordonna de reprendre le même traitement. Le malade n'y consentit qu'en hésitant, parce qu'il avait la conviction que l'accident qu'il venait d'éprouver n'était que le résultat du remède. Deux ou trois jours suffirent, cette fois, pour donner lieu aux mêmes désordres, qui furent cependant un peu moins intenses, parce que le malade cessa l'usage du remède aussitôt qu'il éprouva les premières atteintes.

Obs. V. — M..., âgé de 25 ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, a été sujet jusqu'à l'âge de 20 ans à des épistaxis et à des céphalalgies fréquentes : elles ont cessé depuis cette époque ; mais il est employé, dans un bureau, à des travaux de comptabilité qui lui font éprouver fréquemment de la fatigue du côté de la tête.

Dans le mois de janvier 1847, il contracta des chancres qu'il traita lui-même avec de la pommade mercurielle et avec de la tisane de salsepareille. Un mois plus tard, les chancres étant guéris, il eut des rapports avec une femme, et il contracta une blennorrhagie qu'il traita aussi lui-même avec de la tisane de salsepareille. Quelque temps après, ses cheveux commencèrent à tomber et des ulcères se déclarèrent au fond de la gorge. A cette époque, il alla se promener au soleil par une forte chaleur du mois de mars. Il se fatigua beaucoup, et il but une grande quantité de bière et de vin. Le lendemain, il se leva bien portant ; mais, un moment après, il fut pris d'une violente céphalalgie et de vomissements bilieux abondants. Lorsque tous ces accidents furent dissipés, son médecin lui prescrivit un gramme d'iodure

de potassium par jour et des pilules mercurielles. Ces pilules ne furent pas prises ; mais l'iodure fut continué à la même dose pendant près de trois mois. Après quinze jours de l'emploi de ce remède, il commença à éprouver de la céphalalgie, des étourdissements, un affaiblissement graduel de l'ouïe et de la vue, de l'incertitude et des oscillations dans les membres inférieurs. Son médecin, à qui il fit part de tous ces nouveaux symptômes, ne lui prescrivit rien, si ce n'est de continuer son traitement. Peu à peu tous ces désordres augmentèrent d'intensité ; au bout de quelque temps, il était presque sourd, il ne pouvait lire qu'avec peine, sa mémoire s'affaiblissait, il se sentait lourd, et ses jambes étaient tellement chancelantes qu'il était quelquefois sur le point de tomber.

Pendant la durée du traitement, il survint une syphilide qui était disposée par groupes et qui siégeait sur tout le corps, mais principalement sur la figure, le front et les flancs.

Il cessa l'usage de l'iodure de potassium pendant quatre ou cinq jours, malgré l'avis de son médecin, et les symptômes s'affaiblirent un peu. Il le reprit ensuite par son ordre, et ils augmentèrent encore d'intensité.

Ce malade vint me consulter deux mois après avoir cessé tout traitement ; les symptômes iodiques s'étaient affaiblis graduellement, mais n'avaient pas complétement disparu. Il restait encore un peu d'étourdissement, d'oscillation dans les membres inférieurs et de faiblesse de la vue, de l'ouïe et de la mémoire.

L'écoulement, qui avait persisté pendant toute la durée du traitement, avait totalement disparu depuis.

Quant à la syphilide, elle n'avait présenté aucun changement, et elle constituait alors le seul symptôme de la maladie constitutionnelle.

Je prescrivis à ce malade un tiers de centigramme par jour de chlorure d'or et de sodium, des bains de sublimé et une pommade au cyanure de mercure. Neuf jours après, la syphilide avait déjà diminué ; mais les autres symptômes avaient, au contraire, un peu augmenté. Je portai la dose du chlorure d'or à un demi-centigramme, et je substituai les bains sulfureux aux bains de sublimé. A partir de ce moment, tous les symptômes allèrent en diminuant, au point que, trois semaines après, la guérison était presque complète. Je n'ai pas revu le malade depuis cette époque.

— M. Payan a observé deux fois l'ophthalmie iodique, et dans les deux cas l'iodure de potassium était administré pour des maladies non syphilitiques. (*Rev. méd.*, 1846, t. III, p. 237.)

Il faut donc qu'on le sache bien, l'iodure de potassium n'est

pas une panacée ; c'est un remède spécifique puissant dont on peut attendre les résultats les plus remarquables et les plus surprenants ; mais les cas où il convient de l'employer sont assez rares et doivent être soigneusement déterminés. Je m'occuperai de ce sujet dans une autre partie de ce mémoire. Pour le moment, je me borne à répéter qu'on abuse étrangement de ce remède et que ce n'est guère dans les cas où il n'y a pas opportunité de l'employer qu'il produit des résultats fâcheux.

Troisième proposition.—L'iodure de potassium est en général mal supporté dans les cas où il convient d'avoir recours au mercure, de sorte que, au lieu d'être un succédané de ce médicament, il ne paraît en être que le complément.

Malgré tous les reproches et la répulsion dont il est l'objet de la part du public, le mercure n'en demeure pas moins l'antidote le plus héroïque et le plus sûr des maladies vénériennes. Cependant beaucoup de médecins, partageant sur ce point les errements du public, ou se laissant guider par une condescendance blâmable, rejettent bien loin l'usage d'un remède réputé si dangereux, et soumettent presque tous les malades qui les consultent pour des affections vénériennes à l'emploi de l'iodure de potassium. S'ils recourent au mercure, ils le donnent avec tant de parcimonie, que ce remède demeure impuissant à lutter contre la maladie. Alors on l'accuse d'insuffisance et on l'abandonne pour recourir à l'iodure de potassium ; ou bien on l'emploie pendant la durée des accidents primitifs, et s'il survient des symptômes constitutionnels pendant ou après son emploi, malheur à lui ! Ces symptômes sont vite décorés du titre d'accidents mercuriels, et on a encore recours à l'iodure de potassium, parce qu'on le croit propre, non-seulement à combattre les accidents constitutionnels de la vérole, mais encore à neutraliser les effets du mercure. (Voir M. Gauthier, *Obs. prat. sur le traitement des mal. syphil. par l'iodure de potassium*, 1846, p. 25) Voici un fait à l'appui de ce que j'avance.

Obs. VI.—M..., voyageur de commerce, contracta un chancre dans le printemps de 1847. Ce chancre devint induré. Etant à Strasbourg, il consulta un médecin qui lui conseilla les pilules de Dupuytren, à la dose de deux par jour. Il les continua pendant un mois, à la même dose. A la fin de ce traitement, il survint des ulcérations à la gorge et une syphilide squammeuse dont le siége était principalement dans le creux des mains et à la plante des pieds. L'épiderme se détachait par larges squammes, et l'on voyait au-dessous le derme hypertrophié épaissi et formant des élevures circulaires. Dans cet état, il alla consulter un médecin de Zurich,

qui lui dit : « Les accidents que vous avez ont été produits par le mercure. Les médecins français commettent toujours la même faute : ils s'obstinent à employer un remède qui n'est propre qu'à faire du mal. Prenez 2 grammes d'iodure de potassium par jour. : c'est le plus puissant remède que nous ayons pour combattre les effets funestes du mercure. »

Que résulta-t-il de ce traitement sententieux ? Il en résulta la disparition des accidents de la gorge et la persistance des syphilides, qui étaient très-prononcées deux mois après, époque où le malade vint me consulter en me racontant ce que je viens de rapporter. Il en résulta encore, mais ceci est accessoire pour le moment, un peu de pesanteur de tête, quelques étourdissements et un peu d'incertitude dans les mouvements des membres inférieurs.

— Administré pendant la période des accidents primitifs, le mercure est un préservatif bien souvent infidèle; mais j'avoue que je n'en connais point de plus sûr que lui, et je ne sais pas si l'iodure de potassium est doué d'une vertu préservatrice à un degré quelconque.

Mais si le mercure est un médicament infidèle à cette période, il acquiert des propriétés qui tiennent presque du prodige dans les premières manifestations des accidents constitutionnels. Dans ces cas, s'il est administré avec prudence, on voit disparaître les symptômes un à un, et le malade n'éprouve aucun inconvénient de son emploi. Quelquefois cependant, les symptômes résistent aux premières doses, et alors, après avoir essayé de les élever un peu, et souvent même, sans attendre davantage, on renonce à ce remède, comme trop infidèle, pour recourir à l'iodure de potassium, que l'on ne craint pas de porter à des doses énormes. Une autre faute que l'on commet souvent, c'est d'arrêter le traitement mercuriel trop tôt et avant que le virus vénérien ait été complétement anéanti. Si les accidents viennent à reparaître plus tard, on ne manque pas d'accuser le mercure de n'avoir que pallié le mal, au lieu de s'accuser soi-même de l'avoir mal administré. Alors, jugeant encore ce remède trop incertain, on a recours à l'iodure de potassium.

Ces faits se renouvellent si fréquemment qu'il nous est facile de juger comparativement des effets du mercure et de ceux de l'iodure de potassium. Or, l'expérience démontre, comme l'a annoncé M. Ricord depuis 1839, que le mercure perd de son efficacité à mesure que la vérole vieillit, tandis que l'iodure de potassium en gagne dans la même proportion.

Mais un autre fait que personne n'a encore signalé, c'est que

plus l'iodure de potassium est puissant à combattre les accidents morbides, contre lesquels on le dirige, moins il est capable de déterminer lui-même des accidents que l'on peut appeler *iodiques*; et, par contre, plus il est impuissant contre les accidents morbides, plus il est capable de donner lieu aux accidents iodiques, plus il est capable de donner lieu aux *accidents iodiques*.

Il semble que le virus vénérien n'acquiert qu'en vieillissant les qualités qui le rendent non-seulement propre à être vaincu par l'iodure de potassium, mais encore capable de neutraliser ce remède et de l'empêcher d'agir sur l'économie d'une manière pathogénique; ou bien, si l'on veut, il semble que ce virus n'amène qu'insensiblement et progressivement dans le corps les altérations fonctionnelles ou organiques qui réclament l'emploi de l'iodure de potassium. Insensiblement et progressivement aussi le virus vénérien perd les qualités qui le rendent propre à être vaincu par le mercure et à neutraliser lui-même l'action de ce remède. Il y a donc là une progression en sens inverse, et l'on peut dire que ces deux remèdes, au lieu d'être succédanés l'un de l'autre, se complètent au contraire l'un l'autre. Le mercure suffit ordinairement à lui seul dans les premières poussées des accidents constitutionnels; l'iodure de potassium suffit ordinairement dans les dernières. Dans les périodes moyennes, on est quelquefois obligé de les associer. Si les rôles viennent à être intervertis, non-seulement on ne guérit pas ou l'on guérit difficilement, mais il en résulte souvent des accidents qui ont entre eux beaucoup de ressemblance. Ces accidents sont mercuriels si le mercure a été administré dans les périodes extrêmes; ils sont iodiques si l'iodure de potassium a été employé dans des périodes trop récentes. Il est si vrai que ces accidents ont entre eux beaucoup de ressemblance, que jusqu'ici on a souvent pris le change en considérant tous ces accidents comme le résultat du mercure.

Pour mon compte, je déclare que, en exceptant la salivation et l'irritation de l'estomac et des intestins, je n'ai jamais vu le mercure occasionner des accidents lorsqu'il a été employé convenablement, à dose graduée, et pour la première fois, contre les premières manifestations de la syphilis constitutionnelle. Je déclare aussi que je n'ai jamais vu l'iodure de potassium agir d'une manière fâcheuse lorsqu'il a été administré avec mesure, contre des accidents tertiaires, chez des malades qui n'avaient jamais fait de traitement, ou qui n'en avaient pas fait depuis plusieurs années. Je déclare enfin que les inconvénients du traitement m'ont paru plus à craindre à mesure que l'on s'éloigne davantage de ces conditions. (*La suite à un prochain numéro.*)

10. *Recherches sur l'huile de foie de poisson et sur son emploi thérapeutique.*

(Suite et fin : *voir* t. X, octobre 1847, p. 99.)

(Gazette médicale de Paris, N° 44; 1847.)

Histoire médicale de l'huile de foie de poisson. — Bien que, dès l'année 1771, l'huile de foie de poisson paraisse avoir été connue de Percival comme un remède salutaire contre le rhumatisme chronique, et que le docteur Michaelis atteste que, peu de temps après, ce médicament a été donné avec un grand succès, dans son service d'hôpital, contre toutes sortes d'affections rhumatismales chroniques; enfin, nonobstant l'affirmation du docteur Katsenberger, qui assure avoir ouï dire par son père, vieillard de 98 ans, que l'huile de foie de poisson était déjà recommandée pendant sa jeunesse, dans la Westphalie, comme un remède excellent contre l'arthritis, il est juste de dire que le docteur Schenck est le premier qui ait appelé l'attention générale des médecins sur ce médicament. C'est en 1822 que ce médecin vulgarisa la connaissance de ce médicament, en publiant une série de seize cas de rhumatisme chronique, dans lesquels l'huile de foie de poisson fut administrée avec le plus grand succès. Cette série, jointe avec une seconde composée de vingt cas, publiée quatre années après, et dans laquelle l'efficacité de cette huile ne fut pas moins manifeste, suscita chez un grand nombre de médecins le désir de s'assurer par eux-mêmes de ce qu'il pouvait y avoir de réel dans ces faits, et de ce qu'il fallait croire de la vertu attribuée à cette huile. Parmi les trente-six malades traités par le docteur Schenck, plusieurs étaient atteints de rhumatisme chronique invétéré, contre lequel avaient échoué tous les médicaments connus. On trouve parmi ces observations des cas de rhumatisme, soit général, soit local, et parmi ces derniers, quelques-uns accompagnés de contractures et de perte de mouvements; on y trouve aussi des cas de rhumatisme rétrocédé, les uns sous la forme d'une violente cardialgie, d'autres sous la forme d'une affection rhumatismale grave des viscères de la poitrine et de l'abdomen. Ce n'est seulement pas contre le rhumatisme chronique, mais aussi contre le rachitisme et les affections scrofuleuses que le docteur Schenck a expérimenté les propriétés de l'huile de foie de poisson, et il rapporte, entre autres faits, avoir guéri par ce moyen un cas de carie scrofuleuse. L'efficacité de l'huile de foie de poisson lui a paru tellement constante dans le rhumatisme, l'arthritis et la scrofule, qu'il n'hésite pas à considérer ce médicament comme un spécifique aussi assuré contre ces affections que l'écorce du

Pérou contre la fièvre intermittente et le mercure contre la syphilis. En ce qui concerne les diverses espèces d'huiles, il préfère l'huile jaune à celles qui sont plus colorées.

L'huile de foie commençant à être accueillie favorablement par les médecins, on institua en 1823, à l'hôpital de la Charité de Berlin, une série d'expériences dans les maladies rhumatismales chroniques; le médicament, contre toute prévision, échoua. La cause de cet insuccès, sans aucun doute, doit être attribuée à ce que l'huile dont on s'était servi n'était pas naturelle ; car par la suite on a obtenu dans le même hôpital, avec le même remède, les plus beaux succès dans des cas d'affections scrofuleuses des os et autres formes de scrofules.

En l'année 1824, deux ans après que le docteur Schenck eut publié la série de ses observations, le docteur Gunther fit savoir qu'il employait déjà depuis plusieurs années l'huile de foie de poisson avec succès contre l'arthritis chronique. Quant à ce qui l'avait déterminé à employer ce médicament, il raconte lui-même que c'était pour avoir souvent entendu faire l'éloge, dans sa jeunesse, de la propriété énergique de ce médicament, qui était connu comme un remède populaire dans sa ville natale d'Hardenberg.

Dans la même année 1824, les docteurs Spiritus, Mounig, Kolkmann, Schutte, Hufeland et Wesener communiquèrent leurs observations sur ce remède. Parmi ces derniers, les docteurs Spiritus, Kolkmann et Wesener ont vu réussir l'huile de foie seulement contre l'arthritis et le rhumatisme, tandis que d'autres lui ont reconnu des propriétés curatives non-seulement contre l'arthritis et le rhumatisme chronique, mais encore contre les scrofules et le rachitisme le plus prononcé. La plus remarquable de toutes ces guérisons est celle d'un cas d'arthritis rapporté par le docteur Wesener, et qui fut guéri par l'usage de 4 flacons d'huile de foie de poisson, après huit années de traitement infructueux. Quelques-unes des histoires rapportées par M. Schutte sont d'un grand intérêt. Cinq malades, atteints de rachitisme et de carie scrofuleuse, furent guéris après un court usage de l'huile de foie de poisson. Ce médicament ne lui a pas paru moins efficace dans un cas de fongus articulaire d'origine scrofuleuse.

En 1825, Van den Bosch, médecin de Rotterdam, écrivit un livre dans lequel il recommande l'usage de cette huile. L'auteur raconte dans ce livre avoir administré ce médicament, d'après l'avis du docteur Bodel, médecin de Dordrecht, contre le rachitis, et qu'après en avoir reconnu l'efficacité, il n'en a jamais employé d'autre. La grande confiance que ce médecin avait dans ce remède,

comme antirachitique, paraît justifiée par plusieurs des histoires de rachitisme invétéré qu'il rapporte, et dans lesquelles, après avoir employé en vain tous les remèdes jusque-là connus, il n'obtint une guérison complète que par l'emploi de l'huile de foie. Nous trouvons encore, dans la même année, l'huile de foie recommandée par MM. Rust, Beckhaus, Kirckhof et Osberghaus. Le premier a guéri, à l'aide de ce médicament, un malade atteint d'une affection sciatique violente, contre laquelle on avait déjà employé sans succès toutes sortes de remèdes pendant sept mois. Le docteur Beckhaus a vu guérir des paralysies consécutives à des arthritis et à des rhumatismes.

En 1826, le docteur Schenck publia sa seconde série d'observations, dont il a déjà été question. C'est de cette publication que date la nouvelle impulsion qu'a reçue l'étude de cette substance, témoins trois dissertations inaugurales sur l'huile de foie, soutenues dans cette année par les docteurs Elberling, Reder et Spaarman. Enfin, de 1826 à 1843, époque où M. de Jongh a publié ses importantes recherches, l'usage de l'huile de foie de poisson a été l'objet de nombreuses observations de la part d'un grand nombre de praticiens recommandables, parmi lesquels nous citerons plus particulièrement les docteurs Roy, Van den Bosch, Fehr, Gunther, Riecken, Settinger, Schrepmann, Guérard, Kood, Schmidt, Richter, Busch, Brefeld, etc., qui tous ont constaté les bons effets de l'huile de foie de poisson, soit contre le rachitis, soit contre le rhumatisme et l'arthritis chroniques, la scrofule, les exanthèmes chroniques, l'ostéomalacie, et même contre la phthisie tuberculeuse, au dire du docteur Hankel, qui fut le premier à en faire l'essai contre cette affection.

Ces nombreux essais restèrent longtemps inconnus en France. Ce fut à une circonstance presque fortuite que M. Bretonneau, qui ignorait les travaux scientifiques entrepris en Allemagne sur ce sujet, fut conduit à essayer l'emploi de l'huile de foie de morue dans le rachitis. Il fut frappé de la rapidité du succès qu'il obtint dès sa première tentative. Il recommença l'expérience sur d'autres rachitiques, et obtint des succès qu'il apprit plus tard être vulgaires en Allemagne. M. Trousseau, répétant les expériences de Schenck, de Fehr et de M. Bretonneau, a acquis aussi la certitude que ce médicament agissait très-rapidement et de la manière la plus avantageuse chez les enfants rachitiques. Nous reviendrons sur ce point.

Pour établir quelque ordre dans l'énumération de cette longue série d'affections contre lesquelles on a tenté avec plus ou moins de succès l'emploi de l'huile de foie de poisson, nous repro-

duisons, d'après le docteur de Jongh, le tableau suivant :

Rhumatisme chronique. — D'après Alexander, Knood von Helmenstreit, Rust, Amelung, Brefeld, Basse, Fehr, Galàema, Moll, Moennig, Münzenthaler, Michaelis, etc., qui ont tous publié leurs propres observations concernant l'huile de foie de poisson contre le rhumatisme chronique, ce médicament possède une telle efficacité contre cette maladie, qu'il surpasse à leurs yeux toutes les autres médications, sans en excepter les remèdes dits antirhumatiques les plus accrédités.

Cette opinion de différents médecins, qui ont tous expérimenté par eux-mêmes, ne peut être taxée d'exagération, si l'on considère que parmi ces observations il se trouve un nombre considérable de cas de guérisons de rhumatisants qui, après plusieurs années de souffrances et d'usage infructueux de toutes sortes de remèdes, ayant perdu leurs forces et désespérant de leur salut, ont été complétement guéris à l'aide de l'huile de foie de poisson.

Sciatique rhumatismale. — L'huile de foie de poisson ne s'est pas montrée moins efficace contre cette forme de rhumatisme chronique qui se distingue habituellement par son opiniâtreté; c'est ce qui a été vérifié par les observations de MM. Knood von Helmenstreit, Rust, Amelung, Münzenthaler, Sattinger et Spitta.

Prosopalgie rhumatique. — Dans le siècle dernier, où l'usage de l'huile de foie de poisson était encore peu répandu et à peine connu de quelques médecins, le docteur Consbuch, qui vraisemblablement en avait entendu parler comme d'un remède populaire, l'a employée avec un très-grand succès contre cette forme de rhumatisme si désagréable.

Cardialgie et hémicrânie. — Le docteur Münzenthaler rapporte un cas relatif à ces deux affections, où l'huile de foie produisit une parfaite guérison. Ces deux symptômes étaient sans aucun doute dépendants d'un rhumatisme chronique.

Arthritis chronique. — Les médecins sont moins unanimes en ce qui concerne l'action de l'huile de foie contre l'arthritis ; car si plusieurs affirment que l'huile de foie n'est pas moins efficace contre cette maladie que contre le rhumatisme chronique, un grand nombre de médecins ne donnent pas leur sanction à cette opinion. Il en est même qui refusent absolument toute efficacité à ce médicament contre la maladie en question. Parmi les premiers sont les docteurs Beckhaus, Fehr, Gunther, Hacker, Katsenberger, Kolkmann, Moennig, Osberghaus, Schenck, Schutte, Spiritus, Spetta et Wesener. A. Knood von Helmenstreit et surtout le docteur Brefeld sont les principaux opposants.

De ces deux opinions si contraires, quelle est la vraie, quelle

est la fausse? C'est ce que M. de Jongh a cherché à discerner par e raisonnement, à défaut d'expérience personnelle. Il pense que MM. Knood et Brefeld ont eu affaire à de ces cas d'arthritis compliquées, tels qu'il a eu l'occasion d'en observer lui-même, et qui ne résistent qu'à raison de cette complication même à l'usage de l'huile de foie de poisson. Le nombre non moins que l'autorité des médecins qui disent avoir constaté les bons effets de l'huile de foie de poisson dans la véritable arthritis lui paraissent mettre ce point de pratique hors de doute.

Paralysie rhumatismale ou arthritique. — Si sous cette dénomination on entend cette immobilité des extrémités que l'on observe si souvent comme symptôme de rhumatisme et d'arthritis invétérée, et qui s'accompagne d'intumescence et de rigidité des muscles affectés, ainsi que des tendons et des ligaments, chacun voit d'hors et déjà que l'huile de foie doit pouvoir vaincre complétement cet état, à moins qu'il n'y ait déjà ankylose. Mais si l'on entend par là une véritable paralysie provenant du système nerveux lui-même, née par une influence atmosphérique, le froid, par exemple, comme le docteur Brefeld en rapporte quelques exemples, l'huile de foie n'aura pas plus d'action dans ce cas que contre toute autre névrose.

On ne devrait pas hésiter par conséquent à rapporter à l'espèce ci-dessus indiquée tous les cas de paralysie rhumatismale guérie par l'huile de foie, qu'ont publiés les docteurs Beckhaus, Reinhart, Schenck, Schutte et Spitta, s'il n'y avait, suivant M. de Jongh, possibilité de distinguer une troisième espèce, différente de chacune de celles dont il vient d'être question ; car s'il est vrai que les influences atmosphériques, comme le froid, puissent produire de véritables névroses et les paralysies qui en résultent, n'est-il pas beaucoup plus probable encore, surtout s'il existe une disposition rhumatismale, que les mêmes influences produisent le rhumatisme névrilématique? Et du moment où l'on admettrait ce siége, ne peut-on pas se demander s'il ne peut pas surgir des paralysies de cette intumescence du névrilème et de la pression qu'elle doit produire sur le nerf? Une semblable paralysie doit de tout droit être appelée *paralysie rhumatismale*, puisque, d'une part, il s'agit d'une paralysie qui naît d'une condition anormale du nerf lui-même, bien qu'il ne soit que secondairement affecté, et que, d'autre part, on prescrit dans ce cas l'huile de foie comme un antirhumatique excellent et comme le meilleur remède, à moins toutefois que la maladie ne soit trop ancienne et que, par suite de la compression trop prolongée du nerf, les changements qu'il a subis ne soient devenus permanents.

Il ne sera pas superflu de rappeler ici, ajoute M. de Jongh, ce que m'a communiqué M. Alexander. Dans une assemblée de savants qui eut lieu en 1842 à Strasbourg, où fut agitée la question de l'efficacité de l'huile de foie, M. Aronsonh loua beaucoup l'efficacité de cette huile dans la paralysie suite d'affection des méninges spinales ; deux cas furent rapportés par ce médecin en témoignage de ses bons effets. MM. Stœber, Uebersaal et Erdmann s'accordèrent aussi à en louer les bons effets dans les affections rhumatismales chroniques.

Diathèse scrofuleuse. — Bien qu'il existe plusieurs observations à l'appui de l'excellence de l'huile de foie contre certaines formes graves de la scrofule confirmée, il en manque à vrai dire qui mettent hors de doute son efficacité contre la diathèse scrofuleuse. La cause de ce doute ne doit pas tant être recherchée dans cette circonstance, que l'huile de foie s'appliquerait moins à la diathèse scrofuleuse qu'à certaines formes des plus graves même de la scrofule, que dans ce que la plupart des médecins ont l'habitude de ne publier que les observations relatives aux cas les plus graves. Si cependant nous réfléchissons que la diathèse scrofuleuse est le principe d'où émanent ensuite, par l'accession de circonstances aggravantes, les formes multiples et souvent dangereuses de la scrofule, et que l'huile de foie est à nos yeux comme le véritable spécifique contre les plus graves formes de cette affection, il est évident que ce médicament est nécessairement celui qui doit enlever ce principe avec le plus de certitude. Telle est à cet égard l'opinion de M. Brefeld; telle est aussi celle du docteur Galama, qui dit que l'huile de foie est un médicament plus efficace encore contre la diathèse scrofuleuse que contre n'importe quelle forme de la scrofule confirmée.

De la scrofule confirmée. — Parmi les faits relatifs à l'usage de l'huile de foie dans quelques-unes des formes multiples sous lesquelles peut se présenter la scrofule confirmée, les plus remarquables sont ceux qu'ont fait connaître les docteurs Brefeld et Koppe, desquels il résulte que ce médicament convient universellement contre toutes les formes et tous les accidents de la scrofule. C'est aussi l'opinion presque unanime de tous ceux qui ont employé l'huile de foie dans la scrofule ; ce qui lui a mérité le premier rang parmi les médicaments antiscrofuleux.

Examinons maintenant brièvement les formes diverses principales sous lesquelles la maladie peut se manifester, et voyons ce qui a été dit en particulier de l'efficacité de cette huile contre chacune de ces formes.

Intumescence des glandes lymphatiques. — Il n'est question sous

ce titre que de l'intumescence des glandes lymphatiques superficielles, situées immédiatement sous la peau, dans la région du cou, de la nuque, des aisselles ou des aines. L'huile de foie de poisson est considérée comme un remède certain et infaillible contre ces intumescences des glandes lymphatiques qui se montrent le plus souvent d'abord sous forme de tumeurs dures, inégales, peu mobiles et insensibles, mais qui, plus tard, après que l'inflammation s'est emparée du tissu cellulaire qui les entoure et de la peau qui les recouvre, s'enflamment et suppurent à leur tour. Toutefois la guérison exige un temps beaucoup plus long dans les cas où ces engorgements sont liés à l'existence d'une diathèse scrofuleuse prononcée. Celle-ci cependant paraît pouvoir être influencée avantageusement par l'usage externe de l'huile de foie en frictions sur les tumeurs douloureuses et enflammées; cette manière d'employer ce médicament est celle qui a prévalu et qui est recommandée par le plus grand nombre des praticiens contre cette forme de scrofule. Mais si l'huile de foie de poisson se montre efficace contre les intumescences des glandes lymphatiques d'origine scrofuleuse, elle est tout à fait impuissante contre les intumescences des mêmes glandes qui surviennent après la variole, la rougeole ou la scarlatine, ou bien celles que l'on voit se développer dans le cours de la syphilis ou d'une affection carcinomateuse.

Ulcères scrofuleux. — L'effet de ce médicament est plus prompt et plus remarquable encore dans les ulcères scrofuleux, à bords fongueux et irréguliers, ordinairement si difficiles à guérir, qui résultent, soit de l'inflammation suppurative des engorgements lymphatiques glanduleux, soit de la fonte de ces tumeurs strumeuses indurées que l'on rencontre si souvent chez les sujets à constitution scrofuleuse, dans toutes les régions du corps indistinctement. Il en est de même des diverses lésions traumatiques qui deviennent si fréquemment l'origine d'ulcères chez les sujets en pleine dyscrasie scrofuleuse. M. le docteur Brefeld se loue beaucoup, dans tous ces cas, de l'usage externe de l'huile de foie de poisson, avec laquelle il prépare un onguent qu'il applique sur les ulcères au moyen d'un plumasseau. Dans un cas, néanmoins, traité par l'huile à l'intérieur, le résultat a été tout aussi heureux. Les tumeurs strumeuses, dont nous avons parlé plus haut et qui doivent être distinguées des engorgements glandulaires lymphatiques, sont parfaitement guéries par l'huile de foie de poisson, même avant qu'elles soient passées à l'état ulcéreux, pourvu qu'on ait administré le médicament en temps opportun; il en a été de même dans les cas où la tumeur était sur le point de s'abcéder.

Ces tumeurs décroissent graduellement pendant la durée de l'administration interne et externe du médicament, et il semble qu'elles se dessèchent.

Exanthème chronique. — L'huile de foie de poisson s'est montrée également efficace contre les exanthèmes chroniques qui se développent sous l'influence de la diathèse scrofuleuse, soit qu'ils occupent des parties du corps recouvertes de poils ou les régions qui en sont dépourvues.

Dans ce cas, quelques-uns disent avoir obtenu les meilleurs résultats de l'usage interne de l'huile, tandis que d'autres prétendent au contraire en avoir obtenu d'aussi bons de l'usage externe de ce même médicament. L'usage externe, essayé pour la première fois avec succès par le docteur Guérard contre la teigne faveuse, est principalement recommandé par le docteur Brefeld, lequel prétend, qui plus est, n'avoir obtenu aucun bon résultat de l'usage interne de l'huile de foie contre la forme exanthématique de la scrofule. Les croûtes dites *laiteuses*, que l'on observe si fréquemment chez les enfants bien nourris, chez lesquels on n'observe d'ailleurs aucun symptôme de scrofule, et qui, suivant le docteur Brefeld, formeraient la transition de l'exanthème véritablement scrofuleux; les exanthèmes que l'on observe sur le cuir chevelu des enfants du premier âge, et qui envahissent souvent même toute la face ; la teigne faveuse, qu'il n'est pas rare de voir durer jusqu'à l'âge de la puberté ; et enfin, l'exanthème scrofuleux, qui survient dans toutes les autres parties du corps, ont été promptement guéris, au dire de M. le docteur Brefeld, par l'usage externe de l'huile de foie, et cela après que, chez quelques-uns, on avait longtemps usé en vain du traitement interne. L'expérience lui a appris, toutefois, que l'usage, soit interne, soit externe, de l'huile de foie, était sans action contre la teigne dite maligne, héréditaire ou contagieuse, même en y associant l'huile de térébenthine, d'après le conseil du docteur Martens; on en peut dire autant de quelques exanthèmes psoriques et syphilitiques.

Le docteur Hauff rapporte un cas d'herpès humide, déterminant un prurit insupportable, qui, après avoir résisté à toutes sortes de remèdes, guérit par l'emploi de frictions faites avec l'huile de foie de poisson.

A ceux qui prétendent que l'usage interne de l'huile de foie de poisson n'a aucune action contre les exanthèmes chroniques, Richter oppose une série d'observations desquelles il résulte qu'il a guéri, par l'usage interne de ce médicament, non-seulement des exanthèmes scrofuleux, mais même des exanthèmes de toute

nature, tels que la gale invétérée, la dyscrasie furonculeuse et les exanthèmes syphilitiques.

On est en droit de considérer ces guérisons comme douteuses et problématiques, jusqu'à ce qu'on ait démontré la présence de l'acarus chez les sujets que l'on prétend avoir guéris de la gale au moyen de l'huile de foie de poisson, et l'origine réellement syphilitique des exanthèmes que l'on a traités comme tels par le même moyen.

Quant aux faits de guérison d'exanthèmes scrofuleux, les observations de M. Richter ne permettent pas de les mettre en doute; mais il est bon de faire remarquer que le médicament a été donné, dans les cas d'exanthèmes chroniques, à une dose très-élevée (6 ou 8 gros par jour), dose à laquelle le docteur Brefeld affirme n'avoir jamais atteint.

Dans un cas d'herpès humide traité par M. de Jongh, dans lequel il combina la méthode interne ordinaire avec la méthode externe, la guérison a été obtenue en trois mois.

Ophthalmie scrofuleuse. — Il n'existe encore que peu d'observations touchant l'action de l'huile de foie contre cette forme de scrofule ; on connaît pourtant plusieurs cas de blépharophthalmie, qui tous ont donné les plus beaux résultats. Ainsi, le docteur Schutt rapporte un cas de carie scrofuleuse, jointe à une blépharophthalmie avec photophobie, dans lequel la photophobie et la blépharophthalmie furent simultanément guéries au bout de dix jours. L'huile de foie n'a pas eu moins de succès, administrée à l'intérieur (à la dose de 4 à 5 onces par jour), dans tous les cas de conjonctivite contre lesquels le docteur d'Ammon a fait usage de ce médicament, quelle qu'ait été d'ailleurs la dyscrasie qui ait donné naissance à ces ophthalmies. Le docteur Brefeld, qui a administré l'huile de foie seulement contre la blépharophthalmie scrofuleuse avec photophobie, parce que, à l'époque où il a écrit sa dissertation, il n'avait pas eu encore l'occasion d'observer des conjonctivites scrofuleuses, se loue beaucoup de l'usage externe de ce médicament dans ce cas. Sa méthode consiste à toucher deux ou quatre fois par jour le bord des paupières avec l'huile, au moyen d'un petit pinceau ou d'une barbe de plume. Ce médecin a observé que ce médicament avait de meilleurs effets dans la blépharophthalmie invétérée que dans celle d'origine récente. Enfin, le docteur Bertini affirmait, au congrès scientifique de Strasbourg, qu'en Italie on employait cette huile pour la guérison des taches de la cornée.

Carie scrofuleuse. — L'huile de foie s'est montrée très-utile dans les caries scrofuleuses, soit superficielles, soit centrales

(*spina ventosa*). Pendant l'usage de ce traitement, les intumescences osseuses qui précèdent ordinairement l'ulcération décroissent ; la suppuration, souvent énorme, qui s'échappe par les fistules, se tarit peu à peu. et la carie elle-même, quand il a été possible de s'assurer de son étendue, se rétrécit graduellement, et finit par disparaître tout à fait. Enfin la peau qui recouvrait la portion d'os carié s'épaissit, et l'ouverture fistuleuse se ferme. Toutefois cette dernière phase de la guérison se fait souvent attendre assez longtemps. Le docteur Brefeld conseille également, contre la carie scrofuleuse, de joindre l'usage externe de l'huile à son emploi à l'intérieur. MM. Busch, Hahnekrot, Koop, Schenck, etc., ainsi que Brefeld, rapportent de nombreuses observations à l'appui de l'efficacité de cette méthode. M. de Jongh a guéri lui-même un sujet affecté de carie du fémur s'accompagnant de fièvre hectique, et qui s'était refusé à l'amputation qu'on lui avait offerte comme unique et dernière ressource.

Atrophie mésentérique des enfants, ou carreau.—Cette affection si grave, à laquelle succombent un si grand nombre d'enfants, surtout dans le Nord, aurait été guérie par l'usage de l'huile de foie de poisson, s'il faut en croire MM. Brefeld, Tortual, Galama, Heinecken, Heyfelder, Koop, Schmidt et M. de Jongh lui-même. Bien que ce soit généralement à l'emploi interne de l'huile de foie que l'on recourt dans ce cas, M. Brefeld assure que la guérison est beaucoup plus rapide par l'emploi du traitement externe, c'est-à-dire par l'usage de frictions répétées avec de l'huile légèrement chauffée ; il conseille encore l'usage d'un liniment camphré préparé avec de l'huile de foie de poisson au lieu d'huile commune. Ce praticien avertit toutefois qu'il faut s'abstenir de l'emploi de ce moyen dans les cas d'affection concomitante aiguë des viscères abdominaux, jusqu'à ce qu'on ait combattu cette complication par les moyens appropriés, sauf à reprendre plus tard la médication avec les mêmes chances de succès.

Rachitis. — L'huile de foie de poisson est sans contredit le meilleur de tous les remèdes contre le rachitis, à tous les degrés et sous quelque forme qu'il se présente (1) : telle est l'opinion à peu

(1) Nous ferons remarquer ici que les médecins allemands confondent souvent le rachitisme avec la scrofule, faisant de la première affection une forme ou une variété de la seconde. Cette confusion toutefois est plutôt dans les noms que dans les choses ; car nous nous sommes assurés par la description des symptômes, toutes les fois que les auteurs les ont énumérés, qu'il s'agissait bien réellement du rachitisme. Les observations faites en France confirment d'ailleurs en partie les assertions des médecins allemands. Mais à quelle période du rachitisme cette médication a-t-elle toute l'efficacité qu'on lui a reconnue ? C'est ce qu'aucun des observateurs mentionnés dans ce travail n'a spécifié.

près unanime des médecins allemands et hollandais ; telle est en particulier celle des docteurs Pruys, Van der Hœven, Brefeld, Busch, Roy, Fahr, Galama, Hahnekrot, Kopp, Most, Osberghaus, Rhodes, Rosch, Schenck, Schmidt, Schutte, Van der Bosch, Von Kirckbof, etc., lesquels affirment d'un accord unanime que l'huile de foie est de beaucoup supérieure à tous les médicaments connus comme antirachitiques. Au dire du docteur Schmidt, qui a le plus insisté sur les avantages de cette médication, sur 21 sujets rachitiques qu'il avait traités au moment où il a fait connaître ses résultats, 13 étaient guéris, 4 étaient en voie de guérison ; quant aux autres, vu l'état d'amélioration où ils étaient pour le peu de temps qu'ils étaient en traitement, on pouvait porter un pronostic très-favorable.

En France, où, loin de partager l'espèce d'enthousiasme des médecins allemands pour ce médicament, on s'est tenu à son égard peut-être dans une défiance exagérée, son efficacité contre le rachitis a paru à quelques médecins être mise hors de doute. Nous avons dit que M. Bretonneau et M. Trousseau, à son exemple, en avaient obtenu de bons résultats. Voici en quels termes s'exprime M. le professeur Trousseau à ce sujet : « Nous avons souvent obtenu des succès dont la rapidité dépassait notre attente. Quelquefois, après quatre jours de traitement, on voit cesser les douleurs aiguës que les enfants éprouvent dans tous les membres, et les os, que l'on pouvait ployer, ont repris souvent, au bout de quinze jours, une solidité considérable. »

Ostéomalacie. — L'huile de foie de poisson s'est montrée tantôt d'une grande efficacité, tantôt tout à fait impuissante dans l'ostéomalacie des adultes. Ainsi Knood von Helmanstreit dit que l'huile de foie de poisson ne vaut rien contre l'ostéomalacie, tandis que le même médicament est considéré par le docteur Hahnekrot et J.-H. Schenck comme un véritable spécifique contre cette affection. Ces résultats variables ne proviendraient-ils pas de ce que l'ostéomalacie ne serait pas une affection d'origine toujours identique et qu'elle procéderait de sources différentes, par exemple, tantôt d'une dyscrasie scorbutique, d'autres fois d'une dyscrasie carcinomateuse, ou même, dans quelques cas, de la dyscrasie scrofuleuse ? C'est ce que M. de Jongh est porté à croire ; et c'est par cette différence d'origine qu'il croit pouvoir expliquer la différence des effets obtenus. Quoi qu'il en soit, il paraît certain que, dans quelques cas, l'huile de foie de poisson

Pour tous ceux qui connaissent l'importance pratique de la distinction des différentes périodes du rachitisme, cette omission paraîtra très-regrettable.
(*Note du traducteur.*)

a eu des succès inattendus. Chez une femme atteinte d'ostéomalacie au plus haut degré, et qui ne pouvait mouvoir aucun membre, dit M. Trousseau, deux mois de traitement suffirent pour rendre au squelette toute sa fermeté.

Arthrocace, tumeur blanche. — Soit qu'il s'agisse de la tumeur blanche scrofuleuse, c'est-à-dire de celle qui débute par l'altération des parties molles, ou de l'affection articulaire d'origine rhumatismale, plus spécialement désignée sous le nom d'arthrocace, et qui débute par les parties osseuses et fibreuses, quel que soit le siége de l'affection, quel qu'en soit le degré, et alors même que la maladie en est arrivée au point de réclamer l'amputation, on peut en obtenir la guérison, suivant les médecins allemands, à l'aide de l'huile de foie de poisson. C'est ce que tendent à démontrer les observations de Knood, de Rust, Luders, Schmidt, Von den Bosch et autres. On ne saurait trop recommander dans ce cas, suivant M. Brefeld, de joindre à l'usage interne de l'huile son emploi en frictions, sans négliger toutefois concurremment l'usage des dérivatifs auxquels on a l'habitude de recourir en pareil cas. On doit s'abstenir d'administrer ce médicament dans la première période de la maladie, surtout s'il y a une inflammation intense et fièvre, sauf à y recourir plus tard après que ces premiers symptômes auront été combattus par les moyens antiphlogistiques. On comprend de reste que l'huile de foie de poisson soit entièrement impuissante contre les effets consécutifs de l'altération des parties, tels que l'ankylose.

Phthisie tuberculeuse. — La phthisie tuberculeuse est encore une des maladies contre lesquelles l'administration de l'huile de foie de poisson a quelquefois été suivie de succès. Alexander a communiqué un cas d'*affection grave* des poumons, avec *vomique*, guéri par l'usage de l'huile de foie de poisson, après avoir employé en vain d'autres remèdes. Mais, malheureusement, il ne s'est assuré ni par le secours du stéthoscope, ni par l'aspect des crachats, de l'existence des tubercules ; il n'a diagnostiqué la phthisie que d'après la constitution et l'état général du malade. Suivant le docteur Brefeld, l'huile de foie de poisson ne conviendrait pas dans tous les cas de phthisie, mais dans ceux qui sont liés à une diathèse scrofuleuse, et il dit avoir obtenu, dans cette circonstance, d'heureux effets. Cependant ses assertions sont de peu de valeur, parce que, d'une part, les symptômes de la phthisie n'ont pas été suffisamment constatés chez quelques malades, et que, d'autre part, n'ayant pas eu une confiance assez absolue dans ce médicament, il ne l'a point administré seul. Dans un cas rapporté par le docteur Galama, et qui nous a paru être un cas de véritable

affection scrofuleuse des glandes bronchiques (phthisie scrofuleuse de Neumann), l'huile de foie de poisson a eu un très-heureux résultat. Mais cet état, si grave qu'il soit, ne peut être confondu avec la véritable phthisie tuberculeuse. L'expérience a démontré à M. Hankel que l'huile de foie était bien moins efficace contre la phthisie tuberculeuse confirmée que contre la phthisie commençante; d'où il lui a paru que ce traitement devait être exclu dans les dernières périodes de la phthisie. M. Kolkmann a rapporté un cas relatif à une dyscrasie scrofuleuse accompagnée de douleurs rhumatismales de la poitrine et du dos, et de symptômes d'asthme ; mais rien n'autorise à croire que ce fût une phthisie pulmonaire, et le bon effet de l'huile de foie s'explique naturellement, dans ce cas, par son action antiscrofuleuse et antirhumatismale. Le docteur Schenck, dans une nouvelle série d'observations qu'il a publiée en 1839, cite le fait d'une jeune fille de 8 ans, scrofuleuse, éprouvant des douleurs vagues dans la poitrine, une toux presque continuelle, et qui fut si complétement guérie par l'huile de foie de poisson, que, trois ans après, elle n'avait plus ressenti aucun de ces symptômes. Enfin, le docteur Smests, qui admet deux espèces de phthisie tuberculeuse, l'une acquise, dans laquelle les tubercules sont eux-mêmes la conséquence d'un état morbide antérieur, et l'autre héréditaire, dans laquelle le tubercule est une véritable forme de la scrofule, ou la scrofule du poumon, rapporte trois cas, appartenant à cette dernière catégorie, qui ont été guéris par l'usage combiné de l'hydriodate de potasse et de l'huile de foie de poisson. Cette association de l'huile de foie de poisson et de l'hydriodate de potasse est, suivant lui, préférable à tous les autres remèdes contre la phthisie.

Voici ce que M. de Jongh a observé lui-même, touchant l'action de l'huile de foie de poisson, chez un malade qui était parvenu à la dernière période d'une phthisie pulmonaire. Après quelques jours d'usage de ce médicament, les sueurs nocturnes avaient cessé, la fièvre hectique diminuait, au point que le pouls, qui auparavant battait de 145 à 155 par minute, était réduit à 100 ou 110 ; la toux était moins fatigante et l'expectoration était beaucoup plus facile, bien qu'aussi abondante; néanmoins, le malade succomba au bout de trois mois, mais ayant éprouvé un grand soulagement depuis qu'il avait été mis à l'usage de l'huile de foie.

Ces faits ne paraissant pas, à beaucoup près, suffisants pour juger de la valeur réelle de l'huile de foie de poisson dans le traitement de la phthisie tuberculeuse, M. de Jongh s'est adressé

à sept célèbres professeurs hollandais, MM. Suerman, Schrœder van der Kolk, Loncq, Alexander, Pruys van der Hœven, Sebastian et Suringar. Il résulte, en résumé, des réponses qu'il en a reçues, que l'huile de foie de poisson s'est montrée au moins aussi salutaire que les médicaments les plus accrédités contre cette affection. Donnée au début de l'affection tuberculeuse ou lorsqu'il n'existe encore qu'une disposition à la phthisie, l'huile de foie de poisson en arrête le développement pour un temps plus ou moins prolongé, et, dans quelques cas même, pour toujours. Lorsque la phthisie tuberculeuse est confirmée, ce médicament ne paraît pas avoir la puissance d'en produire la guérison ; mais il peut prolonger la vie et la rendre plus tolérable. Enfin, on sait qu'en France, M. le docteur Pereira (de Bordeaux), l'un des plus ardents promoteurs de cette méthode, prétend avoir obtenu un grand nombre de guérisons de phthisie tuberculeuse au moyen de l'huile de foie de morue. Il y avait évidemment à se tenir en garde contre les erreurs de diagnostic ou l'enthousiasme de ce médecin. Plusieurs médecins de Paris, M. Trousseau entre autres, ont répété ces expériences. Sauf quelques cas rares, dans lesquels ils ont obtenu une amélioration notable dans les accidents de la phthisie, il leur a paru que, dans l'immense majorité des cas, l'huile de foie de morue n'avait pas eu plus d'effet que toutes les médications successivement préconisées jusqu'à ce jour.

Expériences comparatives avec les trois espèces d'huile de foie de poisson. — De cet aperçu historique sur l'emploi thérapeutique de l'huile de foie de poisson, on peut déjà déduire cette première conséquence, que cet agent est un remède d'une grande efficacité contre un grand nombre de maladies ; c'est ce que tendent à démontrer les nombreuses observations qui ont été recueillies depuis 1822 jusqu'à ce jour, c'est-à-dire dans une période d'environ vingt-cinq ans. Mais on a pu voir que dans la plupart de ces expériences on s'est indistinctement servi des trois variétés d'huile de foie de poisson que l'on trouve dans les officines ; à peine quelques médecins indiquent-ils l'espèce dont ils se sont servis, et quant à ceux qui ont désigné la variété à laquelle ils donnaient la préférence, ils l'ont fait sans en indiquer les motifs. En un mot, il n'a été fait aucune recherche en vue de déterminer la valeur relative des trois espèces d'huile en question. C'est cette lacune que M. le docteur de Jongh s'est principalement proposé de remplir dans son travail. Il a, à cet effet, institué des expériences comparatives à l'aide de 18 cas choisis aussi identiquement que possible, et distribués en trois séries, chacune desquelles a été exclusivement affectée à l'expérimentation de l'une des trois

sortes d'huile. Dans la première se trouvaient compris un cas de rachitisme, deux cas de scrofule caractérisée par l'engorgement des ganglions lymphatiques du cou, un cas de conjonctivite et de kératite scrofuleuse chronique, entraînant la perte de la vue, un cas d'herpès squammeux humide et un cas de rhumatisme chronique. La seconde série comprenait deux cas de rachitis, un cas de scrofule avec tumeur blanche commençante du pied, un cas de conjonctivite et de kératite scrofuleuse chronique, avec tache centrale de la cornée et obscurcissement de la vue, un cas de teigne granuleuse et un cas de rhumatisme chronique. Enfin, dans la troisième série se trouvaient deux cas de rachitis, un cas d'atrophie mésentérique, un cas de carie scrofuleuse, un cas de teigne faveuse et un cas de rhumatisme chronique. Tous les malades de la première série ont été exclusivement traités par l'huile de foie noire, ceux de la seconde par l'huile brune, et ceux de la troisième par l'huile jaune. L'huile dans tous ces cas a été administrée seule; on la donnait à la dose de deux demi-cuillerées d'enfant par jour, pour les malades les plus jeunes, pendant les quinze premiers jours, et de deux cuillerées à dater de la troisième semaine; d'une cuillerée à bouche ordinaire pour les scrofuleux adultes et les rhumatisants, au commencement du traitement, et trois cuillerées par la suite. Pour s'assurer toutes garanties possibles, le médicament était administré par M. de Jongh lui-même.

Voici quel est le résultat de la comparaison de ces trois séries d'observations. Tous les malades ont été guéris, quelle que soit celle des trois espèces d'huile qui ait été mise en usage; mais on a observé une très-grande différence entre les trois séries à l'égard de la durée du traitement qui a été nécessaire pour amener la guérison. Cette différence dans les résultats implique certainement une différence corrélative dans le degré d'action thérapeutique des trois variétés d'huile. Voici quelle a été, pour chacun des cas en particulier, la durée du traitement. Dans la première série (celle des malades traités par l'huile noire), elle a été de trois mois et demi, trois mois deux tiers, deux mois un tiers, quatre mois, trois mois, un mois un tiers; elle a été, avec l'huile brune, de cinq mois et demi, six mois, sept mois, cinq mois et deux mois et demi; avec l'huile jaune, de cinq mois et demi, six mois et demi, trois mois et demi, huit mois, six mois et demi et trois mois et demi. La durée du traitement par l'huile noire a été, comme on le voit, moitié en général de celle du traitement par l'huile brune et par l'huile jaune. Il résulte en définitive, de ces expériences comparatives, que les trois espèces d'huile de foie de poisson atteignent le but désiré, c'est-à-dire la guérison, mais

que cependant l'huile noire est, pour la rapidité avec laquelle cette guérison est obtenue, de beaucoup supérieure aux deux autres espèces, et qu'elle peut par conséquent être considérée comme beaucoup plus active.

Quant à la question de savoir si cette activité plus grande de l'huile de foie noire peut dépendre des différences chimiques constatées entre les trois espèces, elle est en partie résolue par les recherches chimiques précédentes, qui ont montré des différences quantitatives importantes, aussi bien que par les observations médicales comparatives.

Conclusion générale. — Les recherches chimiques nous ont appris que l'huile de foie de poisson doit être considérée comme un médicament très composé. Des matières grasses neutres, des matières bilieuses, l'iode, le phosphore, tout autant d'agents connus comme jouissant d'une grande efficacité thérapeutique ; en outre, un certain nombre d'éléments organiques, tels que l'acide butyrique, la gaduine et quelques autres, dont l'action médicinale est moins bien connue ; enfin, plusieurs sels inorganiques, comme le phosphate et le sulfate de chaux, le chlorure de chaux, le phosphate et le sulfate de magnésie : telles sont les substances dont elle se compose.

Mais, demandera-t-on, auquel de ses composants l'huile doit-elle sa vertu spéciale ? Est-ce à l'iode, aux matières grasses, au phosphore ou aux autres principes ?

Si l'on considère les maladies contre lesquelles l'huile de foie est administrée avec succès, il n'a pu échapper à personne qu'il y a dans chacune d'elles plusieurs indications à remplir pour obtenir une guérison complète. Chez la plupart, ce sont des digestions débilitées à exciter, la nutrition à régulariser, des sécrétions à rétablir et le système lymphatique à stimuler ; tandis que, d'autre part, il se présente comme une des indications les plus importantes à modifier le système nerveux organique. Qui ne comprend que ni la matière bilieuse, ni la matière grasse, ni l'iode, ni aucun autre principe, quel qu'il soit, pris seul, n'est capable de satisfaire à la fois à toutes ces indications, et que ce n'est exclusivement à aucune de ces substances en particulier que l'huile de foie de poisson doit ses propriétés médicinales et la faculté de remplir des indications aussi diverses et aussi multipliées, mais bien à la réunion et à la coopération, sinon de toutes, au moins du plus grand nombre de ces substances ?

Les choses étant ainsi, on ne peut traiter particulièrement du principe actif de l'huile de foie de poisson comme on traite du principe actif du quinquina ; mais on doit plutôt tenir compte,

sinon de tous, au moins des principaux éléments constitutifs de l'huile, comme satisfaisant chacun à l'une des indications spéciales que présentent les maladies contre lesquelles ce médicament se montre efficace.

Tout en accordant cependant que ce n'est pas un seul principe, mais plutôt plusieurs éléments particuliers qui concourent à la guérison du rhumatisme et de la scrofule, il paraîtra vraisemblable que quelques-uns de ces principes jouissent plus particulièrement d'un effet thérapeutique plus prononcé. Or, lorsque les indications à remplir pour la guérison de ces maladies ne sont pas toutes de la même importance, il s'ensuit que c'est sur l'action de ceux des principes les plus actifs qui satisfont aux indications les plus importantes qu'il faut fixer son attention.

En résumé, si l'on met en regard les résultats des recherches chimiques avec les résultats des recherches médicales, qui font l'objet de ce travail, voici ce qui en ressort.

Les observations médicales comparatives ayant appris que l'huile de foie de poisson noire est plus efficace contre le rhumatisme et la scrofule que les autres espèces, et les recherches chimiques ayant montré, d'autre part, des différences, sinon qualitatives, du moins quantitatives entre les trois espèces d'huile examinées, il en résulte que les principes qui se trouvent en plus grande proportion dans l'huile noire que dans les deux autres espèces doivent être considérés comme ceux qui satisfont le mieux aux indications principales. Or, ce ne sont point les matières grasses neutres, dont on trouve des quantités presque égales dans les trois espèces, ni l'iode, ni le phosphore, ni les sels organiques qui se trouvent en plus grande proportion dans les espèces d'huiles peu colorées, que dans l'huile noire, qui peuvent être considérés comme plus efficaces que les autres principes pour la guérison du rhumatisme et des scrofules. Il paraît donc que c'est à la matière bilieuse et à l'acide butyrique, plutôt qu'à tous les autres principes, qu'il faut principalement attribuer la plus grande part dans l'effet thérapeutique, car ce sont ces substances que l'on rencontre en plus grande quantité dans la variété d'huile qui a été reconnue la plus active.

Quant à la matière inconnue jusqu'ici, et dont M. le docteur de Jongh a le premier constaté l'existence dans le produit de l'analyse des différentes espèces de *Gadus*, et qu'il a désignée sous le nom de *Gaduine*, elle ne paraît pas, à cause de son insolubilité, du moins dans les conditions où elle a été examinée jusqu'à présent, devoir être considérée comme un pincipe actif de l'huile de foie de poisson.

11. *Le chloroforme.*

(Gazette médicale de Paris, nº 49 ; 1847.)

Le principe de l'éthérisation ayant été admis, il était permis d'espérer qu'un jour viendrait où le mode d'administration de l'éther mettrait les chirurgiens à même d'y avoir recours sans crainte des accidents signalés dès les premiers essais faits en France. Ces espérances étaient d'autant plus fondées que quelques expérimentateurs, plus hardis que les autres, soutenaient n'avoir jamais eu le moindre revers. Plusieurs chirurgiens français comprenaient instinctivement qu'il y avait quelque chose à faire dans la voie où ils venaient d'entrer, et nous en avons entendu dire avec modestie qu'ils ne savaient probablement pas toutes les ressources qu'on devait attendre d'un agent médicamenteux encore mal employé.

Jusqu'à ces derniers jours, on avait pu penser qu'il y avait à peu près exclusivement dans l'éther une vertu spécifique contre la douleur ; et cependant, longtemps avant la découverte de la propriété anesthésique de cette substance, un dentiste américain, M. H. Wells, avait employé dans le même but le protoxyde d'azote ou gaz hilariant. Vingt-cinq malades avaient subi l'avulsion d'une dent sans avoir ressenti la moindre douleur. Davy, en Angleterre, expérimentant le premier le gaz hilariant sur lui-même, était parvenu à calmer des souffrances provenant d'une carie dentaire. Mais M. Orfila, dont l'autorité ne pouvait pas manquer d'être imposante, professait qu'il y avait danger à pousser un peu loin l'inhalation de cette vapeur.

La science en était là, lorsque le docteur Simpson a communiqué à la Société médico-chirurgicale d'*Edimbourg* un mémoire ayant pour titre : *Histoire d'un nouvel agent anesthésique proposé comme remplaçant de l'éther sulfurique dans les cas de chirurgie et d'accouchement.*

Cet opuscule, écrit avec la simplicité qui est le cachet de la bonne foi et de la vérité, contient plusieurs observations de malades opérés après l'inspiration du *chloroforme*, sans que les patients aient ressenti la moindre douleur. L'impulsion étant donnée, on n'a pas tardé en France à se saisir du nouvel agent ; on l'a expérimenté dans tous les hôpitaux de Paris, et partout les résultats ont eu le même succès : insensibilité complète sans les inconvénients de l'administration de l'éther sulfurique.

Le chloroforme ou chloroformyle, ou encore perchloride de formyle, a été découvert presque en même temps par MM. Soubeiran et Liebig. En 1835, M. Dumas reconnut qu'il était com-

posé de 2 atomes de carbone, d'un atome d'hydrogène et de 3 atomes de chlore. C'est un liquide dense, limpide, incoloré, doué d'une odeur agréable qui rappelle un peu celle de la pomme de reinette, ayant une saveur sucrée, s'évaporant facilement, mais pourtant moins volatil que l'éther sulfurique.

Les avantages sur ce dernier agent ont été trop bien exposés par le docteur Simpson pour que nous ne rendions pas hommage à ce médecin en reproduisant textuellement cette partie de son mémoire :

1° « Il faut une beaucoup moins grande quantité de chloroforme que d'éther pour produire l'effet anesthésique ; ordinairement il suffit seulement de 100 à 120 gouttes de chloroforme, et, chez quelques patients, une bien plus faible quantité est suffisante. J'ai vu une forte personne rendue complétement insensible par six ou sept inspirations de 30 gouttes de ce liquide.

2° « Son action est beaucoup plus rapide, plus complète et ordinairement plus durable. J'ai presque toujours vu qu'il suffisait de dix à vingt larges inspirations. Dès lors le temps du chirurgien est épargné et la période d'excitation est abrégée.

3° « La plupart de ceux qui connaissent par expérience les sensations produites par l'inhalation de l'éther, et qui ont ensuite respiré le chloroforme, ont déclaré que l'influence du chloroforme et son inspiration étaient beaucoup plus agréables que celles de l'éther.

4° « Je crois que, considérant la petite quantité nécessaire, comparée à celle de l'éther, l'usage du chloroforme sera moins dispendieux, d'autant plus qu'il y a tout lieu d'espérer que sa préparation sera simplifiée et pourra être faite à peu de frais.

5° « Son parfum est agréable ; son odeur ne reste pas attachée aux vêtements et ne s'exhale point d'une manière désagréable de la poitrine du malade, ce qui arrive si souvent avec l'éther sulfurique.

6° « Comme il en faut une beaucoup moindre quantité, il est plus portatif.

7° « On n'a besoin, pour s'en servir, d'aucun appareil particulier. »

Nous l'avons dit, tout ce qui a été avancé par le docteur Simpson est l'expression de la vérité. L'éther avait le grand inconvénient d'agir sur les bronches et d'y déterminer une irritation si vive qu'elle semble être devenue, dans quelques cas, une cause de mort. Le chloroforme, au contraire, ne paraît point avoir cette terrible influence. Les premières inspirations d'éther sont si pénibles que les patients se débattent et cherchent à s'y soustraire ;

l'administration du chloroforme n'a rien de désagréable. Il convient pourtant de tenir compte d'un précepte sur lequel insiste beaucoup le docteur Simpson et dont en France on ne paraît pas s'être assez préoccupé : il faut, suivant lui, donner tout d'abord au patient une forte dose de la vapeur. En agissant ainsi, on supprime la période d'excitation ; le sommeil arrive plus vite et est plus agréable. On n'assiste plus alors à cette hilarité qui rappelle l'ivresse ou la folie. Il faut aussi éviter de tourmenter le patient par des questions inopportunes qui l'excitent à parler à tort et à travers et empêchent son sommeil d'être calme et agréable. Enfin l'influence du chloroforme doit être complétement obtenue avant que le chirurgien commence l'opération. Il nous a semblé, dans quelques cas dont nous avons été témoin, que l'inobservation de ce précepte était, comme l'avait dit le docteur Simpson, la cause d'une excitation persistante. Du reste, il suffit de mettre sous le nez et sous la bouche du sujet sur lequel se fait l'expérience une cuillerée et même une demi-cuillerée à café de chloroforme, répandu sur un mouchoir, pour que le sommeil le plus profond et le plus agréable en soit la conséquence.

Il résulte des observations faites jusqu'ici un enseignement qui ne doit pas être perdu et qu'il nous reste à féconder.

Tant que l'éther a été le seul agent véritablement puissant de l'anesthésie, nous avons dû attendre, avant d'en tirer des déductions ; mais aujourd'hui il n'y a plus moyen de s'arrêter devant l'observation des faits. Il faut les commenter et tâcher de saisir le mode d'action de ces agents en apparence si merveilleux. Eh bien ! si nous ne nous trompons pas, ils agissent à la manière de certains gaz dont l'action est connue depuis longtemps, et aussi d'une manière analogue à celle des narcotiques, en stupéfiant les centres nerveux.

Etudions d'abord l'influence qu'ont certains gaz non respirables, tels que l'azote, le gaz acide carbonique, l'hydrogène et le protoxyde d'azote ou de gaz hilariant. Lorsqu'un individu se soumet à leur action, à celle de l'acide carbonique, par exemple, au bout de quelques minutes toutes ses fonctions sensoriales se suspendent, alors que la circulation continue encore.

Les expériences de Bichat ont, en effet, démontré que le cœur continue de se contracter quelque temps pendant l'asphyxie et qu'il lance le sang non artérialisé dans toutes les divisions de l'aorte ; puis MM. Edwards et Kay ont prouvé que l'action du sang noir sur nos organes est encore propre à y entretenir la vie. On peut donc respirer un gaz autre que l'air atmosphérique sans que la vie s'éteigne aussitôt. Oui, mais l'organisme est frappé

d'une stupeur qui, si elle est poussée trop loin, ne sera plus susceptible d'être dissipée. — L'état d'insensibilité qui précède la mort par asphyxie est-il donc essentiellement différent de celui qu'on observe après l'inspiration du chloroforme? Il nous semble qu'il serait difficile d'y trouver une différence radicale. Dans l'un et l'autre cas, les gaz respirés doivent être absorbés, et ce n'est pas seulement par l'absence d'action de l'oxygène que les phénomènes d'asphyxie sont produits, mais bien parce que les gaz absorbés agissent comme modificateurs des fonctions organiques. La seule différence qu'il y ait entre l'action du gaz acide carbonique et celle de l'éther, du chloroforme, du gaz hilariant, c'est que l'effet produit par ces derniers est plus fugace que celui qui résulte de l'inspiration du gaz acide carbonique. Qu'on ne s'imagine pas que les trois substances dont nous venons de parler soient les seules qui jouissent de la propriété de produire l'insensibilité. Ce que nous savons de l'histoire de l'oxyde de carbone nous autorise à soutenir que ce dernier corps ne la possède pas à un moindre degré. Un homme est soumis à l'inspiration de l'oxyde de carbone, il tombe, il perd connaissance, et il mourra si on ne lui porte pas secours; mais on l'expose à l'air, et *à l'instant même* il reprend ses sens et peut marcher.

Nous sommes donc convaincu que le jour où l'on aura expérimenté ce corps, la science comptera un moyen de plus de produire l'anesthésie. Eh bien! ces faits d'insensibilité produits par l'oxyde d'azote, par l'oxyde de carbone, qui ne diffèrent de l'état résultant de l'inspiration de l'acide carbonique que par la persistance d'action de ce dernier corps, ne sont-ils pas de nature à faire croire qu'il y a *analogie* entre l'action de toutes ces substances?

Il nous reste à examiner si le chloroforme n'agit point aussi à la manière des narcotiques ordinaires. Pour bien apprécier la différence qui sépare l'influence des narcotiques sur le cerveau de celle des vapeurs d'éther, du chloroforme, etc., il convient de dire ce que nous pensons de la première de ces influences. Evidemment l'opium, absorbé dans les intestins, entre dans la circulation, et il n'agit sur les centres nerveux qu'au moment où le sang, lui servant de véhicule, établit entre eux les rapprochements les plus intimes. Cette action de l'opium s'exerce en paralysant les fonctions de l'organe avec lequel cet agent thérapeutique est mis en rapport. Par conséquent, c'est toujours quelque chose d'analogue à ce qui se passe après l'inspiration du chloroforme. Cela est vrai; seulement, si ces narcotiques, connus depuis longtemps et employés pour calmer la douleur, étaient

incapables de résoudre ce grand problème de l'insensibilité, c'est que, n'étant point volatils, ils agissent trop longtemps pour qu'il ne soit pas dangereux d'y avoir recours dans le but de produire le narcotisme. D'un autre côté, ces médicaments sont administrés par une voie qui ne permet pas à l'absorption de se faire tout d'un coup, comme celle qui s'exerce à la surface interne du poumon.

Il résulte de là que leur action ne peut pas être mesurée, car supposons qu'il faille 20 centigr. d'opium pour produire le narcotisme, 10 seront absorbés et agiront déjà quand les 10 autres seront encore dans l'intestin. Si pour obvier à cet inconvénient vous administrez une plus forte dose, vous obtiendrez sans doute l'effet désiré ; mais l'absorption, continuant à se faire, déterminerait la permanence d'un état qui ne devait être que très-passager. Voilà, suivant nous, ce qui constitue la supériorité des agents tels que le chloroforme : c'est leur propriété volatile, en vertu de laquelle l'effet produit est promptement dissipé, et aussi, il faut bien le reconnaître, la constance de leurs effets anesthésiques opposés aux alternatives d'excitation et d'insensibilité plus marquées pour les autres substances que pour le chloroforme.

Il y aurait sans doute bien des développements à ajouter pour la justification de cette opinion ; mais la mission de la presse est de jeter des jalons qu'elle ou d'autres utilisent plus tard, ne pouvant pas toujours donner, tout d'abord, à une idée l'extension qu'elle comporte.

V. ACCOUCHEM^ts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 12. *De la phlébite cérébrale et méningée chez les femmes en couches*; par le docteur F.-M. DUCREST.

(Suite et fin : *voir* t. IX, septembre 1847, p. 90 ; t. X, octobre, p. 120.)

(Archives générales de Médecine, septembre 1847.)

La couche jaune pâle qu'on trouve autour du point le plus ramolli, dans l'observation V, ressemble assez bien à la première des deux qui sont décrites dans ce passage ; mais la couche criblée de caillots, dans l'observation III, a beaucoup moins de ressemblance avec la seconde de M. Rochoux. Ainsi, 1° la couleur « jaune moins pâle, » la consistance « tout aussi molle, » n'y sont point indiquées ; 2° elle n'est point entourée par la couche précédente jaune-serin pâle ; 3° les caillots qui la

criblent sont (un certain nombre du moins) contenus dans des vaisseaux, ce qui n'a peut-être pas lieu dans celle que M. Rochoux a décrite : 4° enfin, cette couche criblée fait évidemment défaut dans la substance corticale, et l'on ne saurait dire qu'elle a été détruite ou emportée par une hémorrhagie à laquelle cette substance est demeurée complétement étrangère. Du reste, on ne peut pas méconnaître que ces couches établissent, dans les deux cas actuels, une grande analogie avec le ramollissement dit *hémorrhagipare*. Parce qu'il n'y a pas d'hémorrhagie au centre des foyers de ramollissement, on n'en induira pas qu'elle n'y aurait pas eu lieu plus tard ; mais ce qu'il importe de ne pas perdre de vue, c'est qu'une hémorrhagie se soit faite, chez l'un de ces deux sujets, non dans l'épaisseur du ramollissement, mais en dehors de lui, à la surface libre de la pie-mère qui le recouvre, et de la même manière que dans l'observation IV, qui n'offre pas de ramollissement et n'a pour point de ressemblance que la phébite des sinus de la dure-mère.

On ne se hâtera pas d'attribuer à la phlébite encéphalique l'infiltration d'une sérosité limpide qui a lieu dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien chez quatre de ces sujets (obs. I, II, III et V) ; autrement il faudrait dire pourquoi de semblables infiltrations se rencontrent dans 153 cas, et la phlébite encéphalique seulement dans 5.

Deux autres coïncidences se distinguent de toutes celles qui précèdent par le siége qu'elles occupent loin de l'encéphale : ce sont les tubercules pulmonaires et la présence du pus dans les vaisseaux de l'utérus, des poumons ou des membres. Toute connexion de continuité, de contiguïté ou de proximité, est ici rompue ; aussi l'examen a-t-il uniquement pour but les conditions générales de l'économie dans les cas où la phlébite encéphalique est survenue.

Le tubercule pulmonaire existe dans 4 observations : une fois simplement à l'état de granulation miliaire (obs. IV), une autre fois plus volumineux et en voie de ramollissement (obs. II), et deux fois à l'état de granulation, concurremment avec des cavernes au sommet des poumons (obs. I et V). L'observation V est peut-être moins remarquable par le nombre prodigieux des tubercules dans tous les lobes pulmonaires, sur la rate et les deux faces du diaphragme, que par l'espèce d'exsudation pseudo-membraneuse dans laquelle les tubercules sont incrustés à la face supérieure de ce muscle ; exsudation qui porte les caractères d'une date récente et donne à penser que la tuberculisation était encore en pleine activité chez ce sujet : joint à ce que les

phénomènes qui se sont manifestés durant la grossesse sont d'accord avec cette interprétation.

M. E. Boudet décrit aussi, dans l'observation citée plus haut, des cavernes pulmonaires et divers dépôts de matière tuberculeuse : l'addition de ce cas porte la fréquence du tubercule pulmonaire, dans la phlébite encéphalique, à 5/6, ou, en décimales, à 0,8 (3), proportion considérable, à laquelle il ne manque que d'avoir été fournie par un plus grand nombre de faits. Voici un résultat moins direct, mais que je signalerai cependant, parce qu'il n'est pas sans une certaine signification : J'ai recherché le tubercule dans 150 autopsies de femmes en couches, et je l'ai rencontré dans 72; or, parmi les 150 cas où le tubercule a été recherché, on compte 34 phlébites, dont 24 coïncident avec des tubercules, ce qui donne 0,70 pour fréquence du tubercule dans les phlébites, tandis que, dans les cas où la phlébite n'avait pas lieu, le tubercule n'est plus que dans la proportion de 0,41...

Les inductions qui découlent de ces données comportent encore beaucoup de réserve, parce qu'il n'y a pas assez de temps que l'attention est appelée sur les concrétions sanguines auxquelles certaines cachexies semblent disposer les vaisseaux. Mais il n'en est plus ainsi de la seconde coïncidence : celle d'une phlébite sur quelque autre point de l'économie. S'il est un fait bien établi, c'est que le cours de la phlébite est fréquemment marqué par l'apparition d'engorgements ou d'abcès sur des régions éloignées du vaisseau primitivement malade, et que, dans l'épaisseur ou sur les confins de ces engorgements, on découvre assez souvent des veinules ou des veines plus volumineuses qui sont occupées par des caillots solides ou par du pus. C'est à cette catégorie de phlébites secondaires qu'appartiennent évidemment celles de l'encéphale dans les trois premières observations : chez ces trois sujets, les vaisseaux utérins contiennent du pus, c'est-à-dire un produit morbide plus avancé que celui des vaisseaux encéphaliques ; chez deux il existe autour des veines cérébrales malades un ramollissement rouge, c'est-à-dire un engorgement assimilable (autant que la texture du cerveau permet la ressemblance) à ceux qui se voient sur d'autres organes, sur la rate ou les poumons, par exemple, avant que la période de suppuration ait transformé ces engorgements en abcès *métastatiques* (obs. II et III) : un tel engorgement manque, il est vrai, chez le sujet de l'observation I; mais, pour induire de cette absence, il faudrait admettre que la phlébite secondaire est dépendante de ces engorgements. Dans l'observation II, les noyaux multiples de pneumonie, les veines pulmo-

naires, pleines de pus et de caillots dans l'épaisseur ou dans le voisinage de ces noyaux, ne sont-ils pas une exacte représentation de ce qu'on trouve dans l'encéphale chez ce même sujet? Or, on n'hésiterait pas, dans l'état actuel de nos connaissances, à comprendre ces noyaux multiples de pneumonie et ces phlébites pulmonaires parmi les altérations consécutives de la phlébite qui s'était primitivement déclarée dans les vaisseaux utérins. Dans l'observation III, le phlegmon de l'épaule se prête aux mêmes réflexions.

La présence d'une phlébite sur quelque autre région ne peut plus être invoquée, dans les observations IV et V, parce qu'elle n'est pas rapportée dans les détails de l'autopsie; mais on n'y peut pas davantage invoquer l'absence d'une telle phlébite, parce que cette absence n'y est pas mieux constatée : les veines soumises à la saignée, chez ces deux femmes, n'ont été l'objet d'aucune investigation, ni sur le vivant ni sur le cadavre; l'examen anatomo-pathologique de l'utérus n'a pas été fait dans l'observation V; et l'observation IV est d'une époque où je n'avais pas l'habitude des recherches que l'autopsie des femmes nouvellement accouchées demande pour être bien faite. J'ai eu, depuis cette époque, de nombreuses occasions de me convaincre avec quelle facilité nous échappent des lésions importantes dans les vaisseaux, soit de l'utérus, soit de l'intérieur ou de l'extérieur du bassin, soit des membres inférieurs, etc. Ces deux observations sont donc rigoureusement nulles pour le point de vue actuel, c'est-à-dire qu'elles laissent dans le doute si la phlébite encéphalique y est primitive ou secondaire. On penchera néanmoins vers une phlébite secondaire, si l'on interroge certaines circonstances qui appartiennent plus particulièrement à l'infection purulente : telles sont : 1° celle d'une phlébite *capillaire* qu'on ne rencontre guère que dans l'infection générale par le pus, sauf les cas de solution de continuité, ou de quelque violence sur les vaisseaux; 2° une suppuration étendue des surfaces séreuses sans mélange de fausses membranes, comme dans l'observation IV; 3° la multiplicité des points de ramollissement rouge, comme dans l'observation V, où l'on n'en compte pas moins de 6, tandis que la méningite n'occupe, chez ce même sujet, qu'un espace très-restreint.

De toutes les coïncidences qui précèdent, l'hémorrhagie méningée est celle dont la connexité directe avec la phlébite encéphalique prête le moins à contestation. On ne peut pas attribuer la méningite, observée dans deux cas, à des conditions locales qu'aurait créées la phlébite de la pie-mère : une telle hypothèse

est en effet contredite, dans les deux cas, et par cette opposition remarquable entre l'étendue de la phlébite et celle de la méningite, et par les autres particularités de celle-ci, qui tiennent des caractères d'une infection générale. Le ramollissement du cerveau, qu'on rencontre dans trois cas, n'a par lui-même rien qui le distingue des ramollissements rouges qu'on observe en dehors de la phlébite cérébrale : il manque autour des vaisseaux malades dans l'observation I, et, d'une autre part, on le rencontre chez des sujets soumis à l'infection purulente, sans qu'il soit possible de reconnaître, soit autour, soit dans l'épaisseur des parties ramollies, aucune trace de phlébite. On ne serait donc pas fondé en admettant, entre la phlébite encéphalique, la méningite et le ramollissement cérébral, une relation directe et nécessaire qui ferait dépendre de cette phlébite la méningite et le ramollissement, ou *vice versa*. Mais ces trois lésions, phlébite encéphalique, méningite et ramollissement cérébral, se présentent, dans les cas actuels, comme autant de lésions secondaires, n'ayant entre elles d'autre rapport que leur dépendance d'une même altération primitive, qui tantôt leur donne naissance, soit d'une manière isolée, soit en les réunissant deux à deux, trois à trois, et qui tantôt en demeure complétement stérile.

Ainsi, la phlébite encéphalique a, dans les cinq cas, une importance à la fois absolue et relative : absolue, en constituant par elle-même une lésion dont la gravité est mise hors de doute dans l'observation I, relative, quand, associée à d'autres lésions, elle leur imprime un cachet d'origine commune dans une altération primitive, et les rappelle à la catégorie des lésions consécutives ou secondaires.

II. *Symptômes.*—Les désordres fonctionnels qui relèvent des altérations de l'encéphale sont mêlés, dans ces cinq observations, à ceux qui dépendent des altérations plus ou moins nombreuses signalées concurremment sur d'autres organes ; mais les premiers seuls appartiennent à mon sujet, et je n'admettrai, dans cette revue, que les symptômes dont la tête est le siége ou peut être considérée comme le point de départ.

Céphalalgie. Elle eut lieu dans tous les cas, et se déclara dès le début dans l'observation IV, où elle constitua le premier symptôme de la maladie; les deuxième, sixième et neuvième jours dans les trois premières observations ; beaucoup plus tard dans la cinquième, relativement au retour ou plutôt à l'exacerbation des phénomènes dont la poitrine était depuis longtemps le siége chez cette femme.

Une fois établie, elle persista jusqu'à la fin dans les observa-

tions II et IV ; se suspendit après une première application de révulsifs sur les extrémités dans l'observation V, mais recommença bientôt après et n'eut plus d'interruption ; cessa définitivement, dans l'observation III, le deuxième jour de sa manifestation ; et, n'étant point mentionnée les deux derniers jours, dans l'observation I, l'on ignore si elle y persista jusqu'à la fin.

L'intensité fut variable d'un sujet à l'autre, et aux diverses époques de la maladie chez le même sujet : c'est ainsi qu'elle demeure constamment à un degré modéré dans l'observation II ; qu'elle est forte, au contraire, dans les observations 1, IV et V ; et que, dans cette dernière, après avoir été violente au début, et s'être momentanément suspendue, elle revient, d'abord légère, puis plus forte, et décroît de nouveau les derniers jours.

Deux cas seulement portent indication du siége de la céphalalgie : elle est générale dans l'un (obs. IV), et la méningite règne dans toute l'étendue de la pie-mère et dans l'arachnoïde ; la phlébite occupe les sinus et les veines de la convexité de l'hémisphère gauche près de la grande scissure ; une hémorrhagie méningée s'est faite sur ces derniers points. Dans l'autre (obs. V), la céphalalgie est remarquable, depuis son retour, par la délimitation et la fixité qu'elle affecte au niveau des fosses nasales ; la pie-mère est infiltrée de pus au-devant des pédoncules cérébraux ; une couche de pus concret existe à l'angle des nerfs optiques, et les bandelettes du même nom sont rouges et ramollies derrière le chiasma, ainsi que la portion voisine des lobes antérieurs ; mais il faut ajouter que le cervelet présente aussi quatre points de ramollissement rouge qui pénètrent profondément ; que les ventricules latéraux sont distendus par un liquide trouble floconneux, et ont les parois réduites en bouillie de couleur blanche ; qu'enfin la phlébite de la pie-mère a lieu sur chacun des points de ramollissement rouge, d'où elle plonge dans l'épaisseur de la substance cérébrale. La méningite est donc, chez ces deux sujets, la seule lésion anatomique dont le siége concorde avec celui de la céphalalgie.

Délire. Il s'est manifesté, comme la céphalalgie, chez tous les sujets : dès le premier jour dans l'observation IV, le sixième jour dans l'observation 1, seulement les vingt-quatre à trente-six dernières heures dans les observations III et V : dans l'observation II, il survint aussi dès les premiers jours ; mais il se suspendit le sixième, et ne reparut que les deux dernières nuits. Il est de même date que la céphalalgie dans l'observation I, postérieur dans les observations III, IV et V, et antérieur dans l'observation II ; mais, en répétant que le délire se suspendit à une

certaine époque dans cette dernière observation, je ferai remarquer qu'il ne revint qu'après l'établissement de la céphalalgie.

Sur ces cinq femmes, quatre délirèrent d'une manière reconnaissable seulement pendant la nuit, sauf les dernières heures de la maladie (observ. I, II, III, V). Le délire, chez l'autre, eut lieu pendant le jour, et s'accompagna d'une agitation qui n'est pas mentionnée chez les quatre précédentes : il y avait, dans ce dernier cas, méningite générale et hémorrhagie méningée; mais la phlébite ne pénétrait pas dans la substance cérébrale, et cette substance n'était point ramollie ; le ramollissement et la méningite manquent dans l'observation I, qui ne présente d'autre altération de l'encéphale que la phlébite des vaisseaux de la protubérance.

Outre le délire, on observa, chez trois sujets, une *obtusion*, une *torpeur* remarquable de l'intelligence. Ce phénomène parut, chez deux, avant le délire (obs. III et V) ; chez l'autre, dans l'intervalle compris entre le premier délire et celui qui se manifesta de nouveau à la fin de la maladie (obs. II). Il précéda la céphalalgie dans cette dernière observation ; mais il fut postérieur dans les deux autres. Quel qu'eût été d'ailleurs l'ordre dans lequel il se montra, il alla toujours en croissant jusqu'à ce qu'il eût fait place à l'assoupissement. Ces trois sujets sont les seuls qui présentèrent des ramollissements du cerveau.

Convulsions. Les observations II et III gardent le silence sur ce point. Le sujet de l'observation IV eut, le premier jour, dans l'intervalle des accès d'éclampsie, des tremblements dans les muscles des membres et de la face, et, le dernier jour, une agitation continuelle des membres gauches ; agitation d'autant plus frappante que les membres droits étaient immobiles et contracturés. Ce fut aussi un mouvement continuel des avant-bras et des mains, plus prononcé à gauche, et qui cessa après l'immersion dans un bain tiède, chez le sujet de l'observation V. Les mouvements convulsifs des membres furent très-passagers dans l'observation I; mais cette femme offrait déjà, dès le commencement de la maladie, des mouvements irréguliers, une sorte de tremblotement des paupières, des lèvres et de la langue ; mouvements de plus en plus prononcés jusqu'à l'invasion du délire. Dans cette observation, les convulsions des membres survinrent à la même époque que la céphalalgie et le délire ; elles furent postérieures dans les deux autres. Les altérations qu'on trouva dans l'encéphale furent, chez l'un de ces trois sujets : 1° une phlébite des sinus et des veines de la pie-mère sur l'hémisphère gauche, près de la grande scissure ; 2° une hémorrhagie méningée ; 3° une mé-

ningite générale ; chez un autre : 1° une phlébite sur un grand nombre de points de la pie-mère et du cerveau ; 2° un ramollissement rouge multiple ; 3° un ramollissement blanc des parois ventriculaires avec distension des ventricules par un liquide trouble floconneux ; 4° une méningite très-peu étendue ; enfin, chez le troisième, une simple phlébite des vaisseaux de la protubérance.

Dans l'examen des rapports entre les altérations anatomiques et les troubles fonctionnels, il faut assurément tenir compte de cette circonstance, que des mouvements convulsifs se sont manifestés dans les deux cas où la méningite avait lieu ; mais on n'oubliera pas que la phlébite des veinules de la protubérance (phlébite bornée aux capillaires de la substance nerveuse) est la seule lésion appréciable dans le troisième cas de convulsion (obs. I); d'une autre part, si l'on reconnaît diverses causes aux convulsions, et qu'on admette la phlébite cérébrale parmi ces causes, il restera encore à savoir pourquoi, dans les observations II et III, qui offraient aussi des phlébites cérébrales, les convulsions n'ont pas été observées.

Paralysie. Elle est notée chez les trois sujets qui eurent des convulsions, et postérieurement à celles-ci. Les points sur lesquels elle porta sont l'aile gauche du nez, le côté gauche du cou et les membres gauches (obs. I, phlébite simple de la moitié droite de la protubérance) ; les deux membres droits (obs. IV, phlébite des sinus de la dure-mère et des veines de la pie-mère, avec hémorrhagie méningée sur la convexité de l'hémisphère gauche, et méningite générale) ; le côté droit de la face d'abord, puis les deux membres supérieurs (obs. V, ramollissement rouge multiple du cerveau et du cervelet, très-étendu dans le corps strié gauche, avec phlébite cérébrale et méningée sur chaque point de ramollissement rouge; ramollissement blanc des parois des ventricules latéraux avec distension par un liquide trouble et floconneux ; méningite très-circonscrite de la base au-devant des pédoncules cérébraux).

Il n'y a d'autre lésion que la phlébite de la moitié droite de la protubérance pour expliquer la paralysie chez le premier sujet. Chez le second (obs. IV), on ne saurait attribuer la paralysie des membres droits qu'à l'hémorrhagie méningée sur l'hémisphère gauche, la méningite étant générale, également prononcée des deux côtés, et la phlébite n'intéressant point la substance cérébrale. Chez le troisième (obs. V), la mince couche de pus située à la base était diminuée de volume et réduite à ses particules solides quand est survenue la paralysie qu'elle ne peut, dès lors,

expliquer par la compression ; reste le ramollissement distribué sur un nombre égal de points dans chaque moitié de l'encéphale, mais plus étendu dans la moitié gauche que dans la droite : si l'on ne peut rien déduire de l'effet croisé très-peu manifeste dans ce cas, on remarquera néanmoins que le premier point frappé de paralysie est la moitié droite de la face, c'est-à-dire la moitié opposée à celle dont le ramollissement cérébral est le plus étendu. La paralysie reconnaît donc pour cause une lésion différente dans chacun de ces trois cas.

La *contracture* eut lieu chez les trois mêmes sujets : aux mâchoires dans l'observation I, aux membres droits dans l'observation IV, aux deux membres supérieurs dans l'observation V. Elle se montra, dans tous les cas, postérieurement aux convulsions ; mais elle fut remarquable au membre supérieur droit chez le deuxième sujet dont les mouvements convulsifs persistaient au membre gauche (obs. IV).

La *difficulté* ou l'*impossibilité* de la déglutition n'est mentionnée que dans les observations IV et V ; elle cessa, chez le sujet de l'observation IV, lorsque la contracture des membres droits fut remplacée par la résolution complète.

L'*engourdissement* fut accusé d'abord au bras droit, puis à la main gauche et aux deux mollets, dans l'observation III. On ne tiendra pas compte, si l'on veut, de l'engourdissement du bras droit, parce qu'une phlébite s'empara des veines de ce membre et qu'il y eut un phlegmon de l'épaule ; cependant il ne faudrait pas oublier que la phlébite encéphalique et le ramollissement rouge avaient lieu du côté gauche, au lobe postérieur du cerveau et à la partie correspondante du cervelet.

Des phénomènes particuliers aux *organes de la vue* ne sont mentionnés que chez deux sujets : chez l'un, ce fut un peu plus de saillie du globe oculaire gauche, et l'encéphale, dans ce cas, n'avait pas d'autre lésion qu'une phlébite de la moitié droite de la protubérance (obs. I) ; il y eut, chez l'autre, du trouble dans la vision, des cuissons dans les yeux, un appesantissement extrême des paupières, et, plus tard, une dilatation égale des deux pupilles qui, en moins de douze heures, avaient repris leur dimension naturelle, mais qui, immédiatement après la mort, se dilatèrent dans une proportion très-inégale, la droite beaucoup plus que la gauche (obs. V). Cet excès de dilatation d'une pupille sur l'autre, immédiatement après la mort, est aussi noté dans l'observation I, et c'est, dans ce cas, la pupille gauche qui s'élargit davantage.

La méningite de la base, au-devant des pédoncules cérébraux

et dans l'angle des nerfs optiques, ainsi que le ramollissement rouge des bandelettes optiques, se présentent naturellement pour expliquer le trouble de la vue, les cuissons et l'appesantissement des yeux dans l'observation V. Mais ces lésions anatomiques ne s'accordent plus avec le singulier phénomène de la dilatation inégale des pupilles qui, jusqu'à la mort, n'avaient pas offert plus de largeur l'une que l'autre : ce phénomène est, en effet, commun aux deux observations et ne doit être interprété que par l'altération d'une même partie de l'encéphale ; or, la méningite de la base, le ramollissement des bandelettes optiques, n'appartiennent qu'à l'observation V, la seule lésion anatomique de l'observation I étant la phlébite de la protubérance.

Mais la protubérance est aussi, dans l'observation V, le siége d'une phlébite et d'un ramollissement rouge. D'une autre part, l'excès de largeur, chez ce sujet, a lieu dans la pupille droite, l'altération anatomique dans la moitié gauche de la protubérance; et, chez le sujet de l'observation I, l'excès de largeur porte sur la pupille gauche, la lésion anatomique sur la moitié droite de la protubérance. Ainsi, en rapportant, dans ces deux cas, l'excès de largeur d'une pupille sur l'autre aux altérations de la protubérance, on sera d'accord avec la communauté du siége de la lésion pour expliquer un phénomène commun, et avec un fait depuis longtemps reconnu, l'action croisée des parties des centres nerveux qui sont situées au-dessus de l'entre-croisement des cordons rachidiens.

Tels sont les symptômes qu'il était permis, dans les cinq cas, de conférer avec les lésions anatomiques de l'encéphale. On remarquera : 1° que la céphalalgie et le délire n'appartiennent à aucune lésion plus particulièrement qu'à une autre ; 2° que les convulsions, la paralysie et la contracture ont lieu dans le cas où la phlébite est la seule lésion du cerveau comme dans ceux où d'autres désordres lui sont associés ; 3° que la torpeur et l'obtusion de l'intelligence, notées seulement avec la complication d'un ramollissement, ne sauraient être considérées ici comme une dépendance de la phlébite cérébrale ; 4° enfin, qu'il n'est pas un seul de ces divers symptômes qu'on ne rencontre dans des cas où la phlébite encéphalique n'existe point. Il n'y a donc, dans les cinq observations, ni symptôme isolé, ni groupe de symptômes qui puissent caractériser l'existence de cette phlébite.

Sans diagnostic précis, on ne peut avoir ni expérience positive, ni donnée directe pour le pronostic et le traitement ; néanmoins l'analogie ouvre des voies indirectes qu'il est rationnel de suivre, à défaut de mieux. D'après les considérations qui ter-

minent l'examen anatomique, les phlébites cérébrale et méningée, la méningite et le ramollissement rouge, observés chez les cinq femmes, rentrent dans la catégorie des lésions secondaires, c'est-à-dire dans la même catégorie que les engorgements et les abcès dits *métastatiques*. Or, de tels engorgements, malgré la tendance qu'ils ont plus que les autres à suppurer, n'y aboutissent cependant pas toujours ; et lorsque la suppuration s'en empare, les abcès qui en résultent sont encore susceptibles de guérir sans se faire jour au dehors : c'est un fait assez souvent observé sur les parties qui sont accessibles à la vue ; et, chez quelques sujets, j'ai pu constater que de tels engorgements étaient en pleine voie de guérison dans les viscères de l'abdomen et de la poitrine lorsque la mort est survenue. Quoique la même remarque n'ait pas été faite pour cette catégorie de ramollissements du cerveau, et que l'association d'une phlébite *capillaire* y soit une circonstance aggravante, il n'y a cependant pas de raison péremptoire pour admettre, contrairement aux données de l'analogie, qu'ils auront toujours une terminaison fatale.

Les mêmes considérations ramènent le traitement à celui des accidents consécutifs. Pour revenir au diagnostic, on sentira que, des symptômes annonçant l'invasion de l'encéphale par quelque lésion anatomique, il y a beaucoup moins d'importance à préciser si c'est une phlébite cérébrale, une méningite, un ramollissement, ou plusieurs de ces lésions réunies, qu'à décider si elle appartient à la catégorie des altérations consécutives. Or, pour légitimer cette filiation à une arthrite, à une pneumonie, etc., il suffit, chez le plus grand nombre des malades, d'avoir reconnu quelque part l'existence préalable d'une phlébite.

MALADIES DES FEMMES. — 13. *Considérations pratiques sur les affections du col de l'utérus* ; par M. le docteur FILHOS.

(Suite : *voir* t. X, octobre 1847, p. 136.)

(Revue médicale française et étrangère ; août 1847.)

ART. V. — *Du spéculum.* — D'après ce qui vient d'être dit dans l'article précédent, il ne faut pas croire que les sensations que donne le toucher puissent, dans tous les cas, faire apprécier avec exactitude les divers états maladifs du col de l'utérus : loin de là ; car, à part le volume, la densité et le défaut d'uniformité de l'organe, il est très-difficile et le plus souvent même impossible qu'il en apprenne davantage. M. Récamier, en réintroduisant dans la pratique l'emploi du spéculum, parfaitement connu des anciens, mais presque entièrement oublié depuis longtemps, a donné le moyen de compléter le diagnostic des affec-

tions du col de la matrice. Comment pouvoir, en effet, sans le secours de cet instrument, assurer dans bien des cas, sans crainte d'erreur, que le col de l'utérus est sain ou qu'il présente quelque état inflammatoire? Comment constater avec certitude les diverses altérations de la membrane muqueuse, les granulations, les excoriations, l'aspect, le siége, l'étendue et la gravité des ulcérations? Comment distinguer quelques-unes de ces dernières lésions d'avec les déchirures, les fentes ou autres inégalités que présente souvent le col de l'utérus? Comment parvenir à savoir, sans le secours de la vue, qu'une hémorrhagie tient à la présence de quelques fongosités dans le col de l'utérus, que certaines douleurs sont purement névralgiques et ne dépendent pas de quelque altération organique inappréciable au toucher? Comment établir que certains troubles fonctionnels de l'estomac ou de quelque autre organe sont des phénomènes d'une affection utérine qui ne donne lieu à aucun symptôme maladif local, et que le doigt ne peut reconnaître? Comment suivre avec opportunité les effets d'une médication employée? Comment enfin établir un diagnostic différentiel et reconnaître, par exemple, les caractères d'une affection syphilitique ou autre? Une exacte appréciation des symptômes que l'on pourrait appeler rationnels peut bien nous conduire d'une manière plus ou moins juste à la connaissance d'une affection du col de l'utérus; mais la vue et le toucher nous donnent la certitude de son existence. Le spéculum est donc un instrument indispensable pour arriver à faire un examen complet et consciencieux d'un état maladif placé sur le col de la matrice. Nier avec quelques médecins l'utilité de cet instrument, c'est en ignorer les avantages; ne pas s'en servir, c'est s'exposer à agir dans l'obscurité, en tâtonnant ou se guidant par des à peu près; en rejeter l'emploi comme dangereux, c'est émettre une idée préconçue ou montrer qu'on n'a jamais su en faire usage. Quant à nous qui nous servons, lorsqu'il le faut, de cet instrument, tant pour éclairer notre diagnostic que comme moyen de traitement, nous n'avons jamais observé qu'il produisît d'irritation dans la partie malade.

Lorsque le chirurgien a appliqué le spéculum (1) comme nous l'avons dit à l'article *cautérisation* déjà publié, il observe attentivement le col de l'utérus. Dans l'état sain, cet organe se présente sous la forme d'un gros mamelon conoïde, lisse, ayant les dimensions que nous lui avons assignées, rosé chez les jeunes filles et les jeunes femmes, d'un blanc terne chez les femmes

(1) Le spéculum à trois valves de M. Amussat est celui dont je me sers habituellement.

âgées, et dont la surface peut être plus ou moins chagrinée par des fentes ou des déchirures qui se seraient formées au moment de l'accouchement.

Le col de l'utérus, dans l'état pathologique, pourra être le siége d'un engorgement, plus ou moins volumineux, dont l'aspect, variant suivant la date récente ou ancienne de son développement, offrira tantôt une surface rouge, lisse, régulière, tantôt une couleur foncée, quelquefois des bosselures ou nodosités, enfin toutes les altérations qu'un état morbide peut faire subir à des tissus organisés.

De petits polypes, des végétations, des excroissances et des fongosités peuvent recouvrir le col de l'utérus ou être renfermés dans sa cavité.

La membrane muqueuse peut présenter tous les degrés des lésions inflammatoires, depuis la simple rougeur jusqu'à l'ulcération la plus prononcée, sans que le col soit gonflé d'une manière appréciable. Examinée dans les premiers jours d'une phlegmasie violente ou à la suite de quelque opération, cette membrane sera d'un rouge plus ou moins intense ; elle pourra offrir un pointillé miliaire et parfois une légère exsudation pultacée. Mais le plus souvent on observe que sa surface est rouge, lisse et unie. Plus tard, on pourra la trouver dépourvue de son épithélium, et même recouverte de quelques ulcérations circonscrites et lenticulaires. Quelquefois on la voit parsemée de petites vésicules. Quand l'inflammation a duré quelque temps, le museau de tanche pourra être couvert de granulations qui saignent souvent au plus léger contact. Ces granulations, constituées par l'engorgement des follicules muqueux, se présentent quelquefois d'une manière confluente ; elles semblent le plus souvent partir de l'intérieur du col de la matrice pour se porter de préférence sur la lèvre postérieure. Ces granulations ont, en général, moins de tendance à l'ulcération que le tissu muqueux qui les environne. Aussi les voit-on persister, alors que ce tissu muqueux qui les environne a été détruit ; ce qui donne à l'ulcération cet aspect granuleux auquel on a attaché quelquefois trop d'importance, faute de le rapporter à sa véritable cause. Ces granulations paraissent se transformer, dans quelques cas, en un tissu mou, végétant, fongueux et saignant. M. le professeur Marjolin les a vues, quoique cela soit rare, laisser suinter par la compression un liquide purulent.

On peut trouver sur le col de la matrice des érosions plus ou moins étendues. Quelques médecins se sont efforcés de rattacher ces altérations à des causes spéciales, et de les considérer non comme l'effet d'un état inflammatoire, mais comme une affection

particulière, offrant des caractères propres et indépendants. Ce n'est pas notre manière de voir. Pour nous, les érosions ne constituent pas une maladie, mais seulement le premier degré ou le commencement de l'ulcération ; elles n'expriment autre chose que le passage graduel de l'état phlegmasique à l'état d'ulcération, en d'autres termes, que le mode d'altération que subit la membrane muqueuse pour arriver à l'ulcération confirmée.

Les ulcérations qui siégent sur le col de l'utérus sont de forme et de grandeur bien différentes ; elles peuvent avoir envahi le col en entier, ou n'occuper qu'un point très-circonscrit ; quelquefois elles sont placées dans l'orifice du museau de tanche, où, pour les apercevoir, on est obligé d'écarter avec une pince ou un petit instrument mousse, sorte de spéculum, les deux lèvres de cette ouverture.

On les observe plus souvent sur la lèvre postérieure lorsqu'elles sont produites par un écoulement âcre ou irritant, provenant d'une affection concomitante du corps de l'utérus. Elles peuvent au contraire occuper la lèvre antérieure, comme la partie la plus exposée à l'infection, quand elles sont la conséquence d'un coït impur ou trop répété.

Superficielles chez quelques malades et bornées à la membrane muqueuse, elles peuvent chez d'autres avoir envahi profondément le tissu propre de l'organe. Le médecin doit les examiner toujours attentivement, afin d'y reconnaître quelque trait propre à éclaircir la nature de la cause qui les a produites. Ce n'est pas sans une grande habitude que l'on arrive ordinairement à un pareil résultat ; et même encore les caractères particuliers de ces ulcérations sont parfois si difficiles à saisir et tellement peu marqués, que l'on ne peut parvenir à les établir avec certitude. Jetons toutefois un coup d'œil sur ce point de diagnostic différentiel. Mais, avant de le faire, je dois dire que toutes les ulcérations, quelle que soit leur nature, revêtent souvent dans l'état de grossesse avancée, comme l'ont observé, entre autres médecins, MM. Boys de Loury et Costilhes, un aspect violacé, et présentent assez souvent une surface de forme végétante et fongueuse.

Les ulcérations inflammatoires, c'est-à-dire celles que l'on peut considérer comme un accident ou un degré plus avancé d'un état purement phlegmasique, s'accompagnent presque toujours d'un engorgement inflammatoire plus ou moins prononcé de la partie affectée. Leurs bords offrent, quand elles sont très-anciennes, une dureté appréciable, et leur surface est irrégulièrement mamelonnée, parfois grisâtre, plus souvent rouge, d'un bon aspect, et recouverte, suivant l'intensité de l'inflammation,

d'une suppuration épaisse, blanche, jaune ou verte, mêlée à une certaine quantité de mucosités.

Il est, chez quelques malades, des ulcérations du col de l'utérus qu'on peut appeler atoniques. Semblables à celles que l'on observe à l'extérieur du corps, elles sont d'une teinte foncée, violacée, quelquefois pâles, grisâtres, blafardes: leur surface paraît spongieuse ou fongueuse, elle saigne avec la plus grande facilité; leurs bords sont plus ou moins engorgés. Elles se compliquent, chez quelques malades, d'une sorte d'œdème du col de l'utérus (1), qui acquiert quelquefois un volume considérable; les lèvres du museau de tanche sont alors renversés en dehors, des plis rayonnants divisent cette masse en mamelons inégaux, et quelquefois l'on voit une ulcération fongueuse recouvrir sa surface. La déformation du col de la matrice est telle, dans ce cas, qu'on pourrait croire à l'existence d'une dégénérescence encéphaloïde, si le toucher ne venait bientôt rectifier notre jugement, en nous permettant de reconnaître la mollesse et la rénitence des tissus.

Les ulcérations atoniques donnent lieu presque toujours à des écoulements très-abondants, qui parfois obligent les malades à se garnir comme au moment de leurs règles. La matière de l'écoulement est rarement épaisse; le plus souvent elle est blanche, un peu séreuse; elle ne prend une couleur jaune ou verte que passagèrement et par un retour accidentel d'inflammation aiguë. Ces ulcérations ne sont pas douloureuses; elles surviennent chez les personnes lymphatiques, scrofuleuses, et chez celles dont le col utérin est presque constamment baigné dans un liquide muqueux ou par des flueurs blanches abondantes.

Les ulcérations dartreuses, scorbutiques, scrofuleuses, présentent ordinairement, d'après l'observation de M. Amussat, un aspect fongueux et saignant; leurs bords sont mous, quelquefois irréguliers et jamais coupés à pic. Du reste, le diagnostic différentiel de ces ulcérations s'établit principalement d'après la recherche et la connaissance des circonstances commémoratives. Toutefois les affections dartreuses, examinées à leur début, se manifestent tantôt par de petites plaques rouges dépourvues d'épithélium, tantôt par de petits points miliaires ressemblant à des piqûres de puces, tantôt par l'apparition de vésicules plus ou moins confluentes et par un écoulement âcre qui irrite le vagin et les grandes lèvres où il propage souvent la maladie. Les ulcérations scorbutiques sont livides, mollasses, ordinairement

(1) Obs. V. Article sur la cautérisation (*Revue médicale;* cahier de janvier 1847).

saillantes et recouvertes de fongosités saignantes. Enfin, dans les affections scrofuleuses, le col de l'utérus peut offrir des bosselures de couleur jaunâtre, et la matière tuberculeuse se détache et sort du vagin mêlée au produit de la suppuration.

Les ulcérations syphilitiques revêtent des caractères différents, suivant qu'elles sont primitives ou consécutives. Dans le premier cas, elles portent le nom de chancres et en ont tous les caractères ; elles sont légèrement enfoncées, arrondies ; leur fond est grisâtre et leurs bords sont coupés à pic.

On a mis en doute l'existence des chancres sur le col de l'utérus ; rien cependant ne paraît s'opposer à ce qu'ils puissent s'y montrer ; et si quelques médecins les ont aussi longtemps méconnus et niés, c'est parce qu'ils ont presque constamment négligé de constater l'état du col de l'utérus au début et même durant le cours d'une infection vénérienne. Pendant les trois années que j'ai passées à l'hôpital des Vénériens, en qualité d'externe et d'interne, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'en observer sur le col de la matrice. M. Cullerier, M. Bard, M. Lagneau, avaient déjà fait depuis longtemps de semblables observations. M. Ricord en a aussi rencontré dans le service de l'hôpital du Midi. Tantôt petits et superficiels, les chancres ressemblent à ceux qui surviennent autour du gland au début des maladies syphilitiques; tantôt ils sont profonds, grisâtres et plus ou moins larges.

Les ulcérations vénériennes ne sont pas à beaucoup près très-rares. Plusieurs médecins en citent des exemples, entre autres M. Cullerier et M. Lagneau. M. Mélier pense avec raison qu'elles sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. J'en ai aussi observé plusieurs. M. Gibert a trouvé 143 malades atteintes d'ulcérations syphilitiques au col utérin sur 500 femmes affectées de la maladie vénérienne. M. Amussat m'en a montré plusieurs cas dans sa pratique. Ces ulcérations présentent rarement l'aspect assigné aux chancres ; elles revêtent plus souvent des caractères mixtes. Leur fond est grisâtre et parsemé de petits bourgeons légèrement rouges ; leurs bords paraissent indurés, ils sont quelquefois irréguliers et plus ou moins coupés à pic. M. Gibert a reconnu que les ulcérations prennent le plus souvent la forme granuleuse. Dans quelques cas, leur surface paraît proéminente ; enfin, il est des circonstances où il est tout à fait impossible de leur reconnaître des caractères spécifiques. Elles s'accompagnent quelquefois de plaques syphilitiques dans le vagin, sur les grandes lèvres, de petites fissures à la fourchette périnéale, ou de quelque autre symptôme vénérien local ou général.

Les ulcérations cancéreuses sont les plus graves de toutes. Leur surface est ordinairement inégale ; d'une couleur très-foncée dans la mélanose, elle est dans le squirrhe d'un blanc-jaunâtre et parfois d'un aspect qui ressemble à un morceau de lard granulé et érodé. Plus souvent cette surface est recouverte de bourgeons cancéreux inégaux, durs, rougeâtres, violacés. D'autres fois elle est parsemée de fongosités saignantes, d'anfractuosités irrégulières, et dans quelques cas on la trouve transformée en un véritable putrilage gangréneux. L'écoulement vaginal a une odeur vireuse caractéristique ; il est ordinairement séreux, assez souvent jaunâtre, brun, mélangé de sang. Chez quelques malades, il est peu abondant ; mais, chez d'autres, il l'est quelquefois à tel point, que j'ai cru deux fois à la perforation de la vessie, ce qui n'était pas. Les malades mouillaient entièrement huit, dix, douze serviettes par jour, et pendant la nuit deux paires de draps ployés et placés sous elles.

Art. VI. — *Des divers modes d'expression que peuvent offrir les affections utérines.* — Les affections du col de l'utérus, quelle que soit d'ailleurs leur nature, sont loin de se manifester chez toutes les femmes par des symptômes semblables. Le plus grand nombre, il est vrai, revêtent, en partie ou en totalité, cet ensemble de caractères décrits dans les articles précédents; mais il en est aussi quelques-unes dont le début et la marche présentent des différences qu'il est essentiel de connaître ; en voici quelques exemples :

1° J'étais depuis quelques années le médecin d'une dame dont la santé n'avait jusque-là rien laissé à désirer. M'étant aperçu un jour que les traits de sa figure se flétrissaient et que la peau commençait à prendre un cachet jaune, malgré l'intégrité des organes digestifs et pulmonaires et l'absence d'affections morales, je lui exprimai mes craintes qu'elle n'eût quelque maladie du côté de la matrice. Elle me répondit qu'elle n'avait jamais éprouvé des douleurs du côté de cet organe, qu'elle n'avait pas de flueurs blanches, et qu'elle était parfaitement réglée. Quinze à dix-huit mois plus tard, frappé du dépérissement progressif de cette malade, je lui proposai de la visiter ; mais elle s'y refusa, prétextant toujours que j'étais dans l'erreur à son égard.

Enfin, pendant cinq ans, je renouvelai de temps en temps mes instances près de cette dame, sans plus de succès. Un jour elle vint me trouver d'un air radieux, pour me dire qu'elle était enceinte de trois mois et me prier de lui donner quelques conseils contre de petites douleurs qu'elle éprouvait dans la matrice. Je la félicitai sur sa nouvelle grossesse, et lui donnai

les conseils qu'elle me demandait. Quinze jours plus tard, elle m'envoya chercher pour me dire que ses douleurs avaient tellement augmenté, qu'elles étaient parfois intolérables. Je pratiquai alors le toucher, et je trouvai le col de l'utérus entièrement squirrheux, ainsi que la partie voisine de cet organe, du côté gauche. Depuis ce moment jusqu'au terme de la grossesse, cette pauvre dame subit, en fait de douleurs, tout ce qu'on peut imaginer de plus atroce. Au moment de l'accouchement, je désirai être assisté des conseils éclairés de M. le professeur Moreau. Ce savant accoucheur constata par le toucher le triste état de la malade, et il reconnut, comme je l'avais déjà fait, que le côté gauche du col de l'utérus, profondément altéré, offrait une disposition telle qu'on aurait pu croire à s'y méprendre, sans un examen très-attentif, à la présentation d'un bras et d'une main de l'enfant. L'accouchement fut long, mais naturel. La malade a vécu encore deux ans après ses couches, et, sans la religion qui soutenait son courage, elle n'eût pas, dit-elle, supporté les souffrances intolérables qu'elle éprouvait, et qui n'ont cessé qu'avec elle.

— Ainsi, chez la dame dont l'observation précède, l'altération des traits de la figure et le dépérissement général ont annoncé pendant cinq ans l'existence d'une affection utérine. Nous venons également d'observer que, malgré la dégénérescence du col de la matrice, cette dame a pu devenir enceinte, et la grossesse arriver au terme de neuf mois. Enfin, nous avons vu à quel degré de force et de continuité les douleurs cancéreuses de l'utérus peuvent être portées sans compromettre immédiatement l'existence.

2° Les affections du col de l'utérus, même celles qui sont de nature cancéreuse, ne donnent assez souvent, pendant toute leur durée, d'autre signe de leur existence qu'un écoulement plus ou moins abondant ; en voici quelques exemples :

Madame de L... était depuis longtemps affectée d'un encéphaloïde du col de l'utérus, lorsque je fus appelé à lui donner des soins. Cette dame a succombé, l'année dernière, dans le marasme le plus complet, à la continuité de la fièvre et à l'extrême abondance de l'écoulement, sans avoir jamais éprouvé, ni au début, ni pendant le cours de sa maladie, la plus légère douleur dans l'organe affecté.

Madame B... vint, il y a quelques mois, à Paris pour me consulter. Sujette toute sa vie à beaucoup de flueurs blanches, elle m'apprit que depuis trois ou quatre ans elles étaient devenues plus abondantes; elle désirait, dit-elle, se débarrasser de cette incommodité, qui du reste n'était accompagnée d'aucune dou-

leur. Je touchai cette dame, et je constatai un encéphaloïde très-volumineux du col de l'utérus, ayant déjà envahi le corps de cet organe. Je demandai l'avis de M. Récamier et de M. Amussat ; ces messieurs pensèrent comme moi que la maladie était incurable.

Madame D..., d'une belle santé, n'avait jamais eu de flueurs blanches. Inquiète d'en être atteinte depuis deux ans, elle avait été plusieurs fois sur le point de consulter un médecin ; mais des amies mal avisées l'en avaient toujours détournée, en lui disant que son retour d'âge produisait un pareil écoulement, et que toutes les femmes subissaient à cette époque une pareille incommodité. (Il est fâcheux que les médecins aient souvent à consigner d'aussi pernicieux conseils.) Le 14 octobre 1845, elle fut prise tout à coup d'une hémorrhagie très-abondante. Appelé près d'elle, je trouvai le vagin rempli par un encéphaloïde énorme du col de l'utérus. L'altération cancéreuse semblait être bornée et ne pas avoir atteint le corps de cet organe. Je priai M. Amussat de venir voir s'il pourrait en tenter l'excision ; mais il trouva le cas trop grave pour être opéré avec quelques chances de succès.

3° Madame C... vint l'année dernière, accompagnée de son médecin, consulter M. Amussat ; elle avait fait, trois mois auparavant, une chute assez grave sur le bassin. Depuis cette époque, elle souffrait de la vessie et éprouvait de vives douleurs en urinant. Le traitement mis en usage était resté sans succès. Les règles revenaient toujours d'une manière régulière, et nulle douleur n'existait du côté de la matrice ni des reins. La vessie fut examinée ; elle ne contenait point de calcul. M. Amussat voulut alors s'assurer de l'état de la matrice. Il trouva sur le col de cet organe une ulcération large et fongueuse que je constatai avec lui. Cette ulcération fut immédiatement traitée, et sa guérison amena la disparition de la névrose de la vessie.

— Cette observation nous montre un cas d'affection utérine qui ne s'est révélé que par une simple névrose de la vessie.

Un état de trouble ou de perversion des fonctions de l'estomac, à l'exclusion de tout état inflammatoire de cet organe, annonce aussi parfois une affection de la matrice. C'est ainsi que j'ai vu plusieurs fois des vomissements opiniâtres et la dyspepsie la plus prononcée se dissiper spontanément après la guérison d'un engorgement ou d'une ulcération du col de l'utérus restés plus ou moins longtemps ignorés.

Enfin, certaines névroses des intestins, de la gorge, du cœur, de la poitrine, de la face, même du globe oculaire, ainsi que l'a

observé M. le docteur Sichel, des douleurs inaccoutumées à la vulve et même dans le rectum, la menstruation douloureuse et l'excès de sensibilité des organes génitaux, peuvent encore être des effets maladifs dont le point de départ se trouve dans la matrice.

Il résulte des observations qui précèdent :

1° Que les affections de la matrice, même celles qui sont de nature cancéreuse, ne se manifestent pas toujours par des symptômes locaux évidents;

2° Qu'il en est qui ne se traduisent que par des phénomènes sympathiques, et que l'on ne peut arriver à connaître que par voie d'exclusion, en explorant avec attention les organes souffrants, et en appréciant exactement les troubles fonctionnels ou vitaux dont ils sont devenus le siége;

3° Enfin, que l'emploi du spéculum et du toucher est toujours, dans ces derniers cas, indispensable pour éclairer le diagnostic.

Art. VII. *Complément du diagnostic fourni par la connaissance des symptômes commémoratifs.* — Nous venons de terminer l'appréciation des symptômes locaux, généraux et sympathiques indiquant une affection du col de l'utérus. Nous allons maintenant essayer, pour les cas rebelles où cela serait nécessaire, de compléter le diagnostic en y rattachant les renseignements commémoratifs fournis par les malades, ainsi que les données qui peuvent surgir du traitement mis en usage.

Chez les personnes d'une constitution forte et sanguine, habituellement bien portantes, obligées à des fatigues soutenues, éprouvant pour les plus légères causes des engorgements de l'utérus, ne voyant leurs règles que difficilement et avec peu d'abondance, ayant eu des accouchements longs et laborieux, des couches mal soignées, s'adonnant un peu trop aux plaisirs vénériens, etc., on est naturellement porté à penser que l'état maladif dont se trouve atteint le col de la matrice est de nature franchement inflammatoire.

Nous avons au contraire de fortes présomptions de croire à l'existence d'une affection devenue atonique ou subinflammatoire, si nous observons une femme lymphatique, pâle, cacochyme, à fibres molles, à sang pauvre ou scrofuleux, et, de plus, mal nourrie, vivant dans la misère, le travail forcé et les chagrins.

Mais quelle que soit, du reste, la constitution des personnes atteintes d'une affection utérine, quel que soit l'état de la partie affectée, il sera toujours nécessaire, lorsque la maladie résiste

au traitement mis en usage, de s'informer si les malades n'ont jamais eu sur la tête ou sur le corps des dartres ou autres affections herpétiques, si elles n'ont pas été sujettes à des ophthalmies chroniques, à des écoulements par les oreilles, à des saignements du nez, à des hémorrhoïdes, etc.

Il est quelquefois bien difficile de questionner les malades que l'on suppose atteintes d'une affection syphilitique. De pareilles demandes peuvent, à tort, il est vrai, ou les blesser, ou jeter dans leur esprit des craintes d'infidélité; aussi ne les adresse-t-on qu'avec beaucoup de ménagements et de circonspection. Pour connaître la vérité, il faudra peu d'explications à un médecin habile, qui, avant d'adresser de pareilles questions, aura déjà cherché à former son opinion d'après des données plus aisées à obtenir, telles, par exemple, que l'existence de maux de gorge fréquents et difficiles à détruire, de syphilides ou de taches cuivrées sur la peau, le front, le cuir chevelu, de périostoses sur les tibias, les clavicules ou ailleurs, de douleurs ostéocopes appelées rhumatismales, plus violentes la nuit et à la chaleur du lit, moins prononcées le jour et sous l'impression d'un peu de fraîcheur.

Les maladies cancéreuses sont celles dont le diagnostic ne peut souvent être établi qu'avec le plus de peine. Tout retard, cependant, en apportant dans le traitement des lenteurs ou des tâtonnements inutiles, serait toujours nuisible et quelquefois mortel. Il sera donc bien nécessaire d'apprécier avec soin l'état de la partie malade et des organes voisins; de tenir compte de la nature de l'écoulement, de la durée de la maladie, de sa diminution ou des progrès qu'elle a faits; de la nature des symptômes locaux, généraux et sympathiques; des traitements déjà employés et des effets qu'on en aura obtenus; de l'âge des malades, de leur constitution, de la santé des parents; enfin, l'on cherchera à savoir s'il n'existe aucun principe d'hérédité. Ce n'est que par un examen aussi minutieux que l'on peut arriver avec quelque exactitude à la connaissance de la nature cancéreuse de la maladie.

Enfin, s'il arrivait qu'un diagnostic différentiel n'eût pu d'abord être établi d'une manière satisfaisante. et que l'affection locale s'aggravât de plus en plus malgré l'emploi d'un traitement rationnel, le médecin pourrait encore, dans ces cas obscurs, s'éclairer de l'appréciation des effets obtenus par une médication prescrite avec prudence. Ainsi, lorsque les antiphlogistiques auraient été infructueux, un sage emploi des dépuratifs, des mercuriaux ou autres médicaments spécifiques, pourrait alors deve-

nir la pierre de touche de la maladie cachée dont on n'avait pu reconnaître autrement la nature.

Art VII. — *Durée et issue de la maladie.* — Dès que le médecin a terminé l'examen de la malade, et que son jugement se trouve établi, il est ordinairement appelé à donner son opinion sur la durée et l'issue de l'affection qu'il doit combattre. La plus grande circonspection doit présider à la réponse qu'il va faire. Dans le cas où le pronostic serait fâcheux, il doit le taire à la malade ; et si elle se tourmentait ou perdait courage, il chercherait à calmer ses craintes par quelques explications rassurantes.

Mais il est bien plus commun d'avoir à traiter des affections utérines dont la solution doit être heureuse. La seule difficulté que l'on ait alors à résoudre consiste dans l'indication de la durée que ces affections peuvent avoir ; or leur état de simplicité ou de complication, et l'appréciation de la marche qu'elles doivent suivre, nous permettent assez souvent de l'établir avec quelque exactitude. Toutefois, il est bon de ne pas laisser ignorer aux malades qu'on ne peut y parvenir que d'une manière approximative. En effet, quelque simple que paraisse au premier aspect un état pathologique du col de l'utérus, le retour irrégulier, incomplet et douloureux des époques menstruelles, la durée inaccoutumée de srègles, la facilité des congestions utérines, une prédisposition maladive de la matrice, peuvent apporter quelque lenteur dans la guérison. D'autres retards peuvent tenir encore à l'emploi d'un traitement irrationnel, mal conçu, mal dirigé, incomplet ou mal exécuté, au genre de vie des malades, à leurs occupations, à leurs habitudes particulières. Mais les causes, trop souvent inappréciables, qui viennent le plus communément prolonger la durée de la maladie, proviennent de quelques principes morbides généraux ou constitutionnels, et s'observent souvent chez les personnes dont l'organisation a reçu de profondes atteintes. (*La suite à un prochain numéro.*)

---

14. *De la métrite puerpérale idiopathique, ou métrite franche des nouvelles accouchées, et de sa complication avec les phlegmons pelviens;* par le docteur A. WILLEMIN, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Suite : *voir* t. X, octobre 1847, p. 147.)

(Archives générales de Médecine, novembre 1847.)

Métrite compliquée de phlegmon iliaque : sous l'influence de trois saignées et de cinq vésicatoires volants, le phlegmon entre en voie de résolution; mais la tumeur formée par l'utérus augmente, et son volume continuait à s'accroître le cinquante-troisième jour des couches.

OBS. IV. — Hale (Marguerite), âgée de 23 ans, née à Faisson (Savoie), entrée à la Charité le 29 décembre 1845. Cette femme, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une santé habituellement bonne, réglée à 18 ans et toujours exactement, eut, il y a trois ans, une première couche naturelle. Elle accoucha pour la seconde fois, facilement et à terme, le 27 novembre 1845, à la Maternité. Cependant elle fut prise presque aussitôt de coliques dans tout le ventre ; on lui pratiqua une saignée qui la soulagea, et elle sortit au bout de neuf jours. Rentrée chez elle, elle ne se rétablit point complétement; les douleurs dans le bas-ventre continuaient à se faire sentir de temps à autre; enfin elle entra à la Charité le 29 décembre.

Le 30. On constate une tuméfaction mal circonscrite, occupant l'hypogastre et s'étendant plus particulièrement à droite vers la région iliaque; toute cette région était empâtée, sensible au toucher ; le pouls fébrile. M. Rayer fit pratiquer à la malade une *saignée générale* et appliquer un vésicatoire sur la région iliaque droite. Le lendemain, l'état local était sensiblement le même ; la malade souffrait peu. (*Bout. d'eau de Sedlitz.*)

Les jours suivants, la tuméfaction persistant, on appliqua sur l'aine *vingt sangsues et un vésicatoire volant* à l'hypogastre ; deux autres furent ensuite successivement appliqués sur l'abdomen, le dernier sur la région iliaque gauche.

Le 8 janvier (quarante-troisième jour des couches), nous reconnûmes l'état suivant : il existait dans l'hypogastre une tumeur globuleuse, aplatie antérieurement, terminée en haut par un bord mousse qui remontait jusqu'à $0^m,05$ environ au-dessus du pubis. Cette tumeur se laissait assez facilement limiter en dehors et à gauche ; mais, à droite, on en perdait la trace dans l'empâtement de cette région. Dans la fosse iliaque, à $0^m,04$ au-dessus du pli de l'aine, on sentait une tumeur assez dure, douloureuse à la

pression, que l'on ne percevait que par une palpation exercée profondément, et que nous ne pûmes limiter. Il sembla à quelques personnes qu'elle était distincte de la tumeur hypogastrique médiane ; nous n'avons pu acquérir de conviction à cet égard. Le toucher vaginal fit reconnaître que le col était situé assez haut. L'orifice utérin dilaté admettait l'extrémité du doigt indicateur ; les lèvres du museau de tanche étaient hypertrophiées. En portant l'autre main sur l'hypogastre et en déprimant le fond de la tumeur, on en sentait le choc sur l'indicateur droit et réciproquement. Il se fait par le vagin un léger écoulement blanchâtre ; pouls subfréquent et développé. Le vésicatoire nouvellement appliqué n'est pas encore sec. (*Limonade, bouillon.*)

Le 10. La sensibilité de l'hypogastre empêche d'exercer librement la palpation. La malade continue à éprouver des douleurs assez vives par moments ; pouls vif et fréquent, peau chaude. (*Saignée de 300 gr.*)

Le 11. La malade est un peu soulagée. Le caillot de la saignée a les bords rétractés, il est couvert d'une légère couenne ; le vésicatoire est sec. (*Cinquième vésicatoire sur l'hypogastre.*)

Le 12. L'état général est assez satisfaisant. Il n'y a point de fièvre, point de douleurs spontanées ; anorexie ; point de selle depuis deux jours. (*Bout. d'eau de Sedlitz.*)

Le 15. Depuis hier, la malade a éprouvé de nouvelles douleurs dans la région iliaque droite, qui ne présente néanmoins pas de tuméfaction appréciable. La tumeur hypogastrique s'élève aujourd'hui jusqu'à $0^m,10$ au-dessus du pubis, et s'étend, du côté droit, jusqu'à $0^m,05$ de distance de la ligne blanche, à peu près à la même distance à gauche ; pouls à 94, assez développé. (*Saignée de 350 gr.*)

Le 16. Même état. Caillot peu volumineux, à peine recouvert d'une légère couenne ; 90 pulsations ; douleurs dans la région hypogastrique. (*Limonade, julep.*)

Le 18. La tumeur s'élève toujours à $0^m,10$ au-dessus du pubis, et elle mesure aujourd'hui $0^m,13$ de largeur : $0^m,08$ à droite, $0^m,05$ à gauche de la ligne blanche ; sensibilité vive à la pression.

Le 19. La malade, malgré toute les représentations, insiste pour quitter l'hôpital, et elle sort le même jour.

— Chez cette femme, la métrite présente à la fois une marche plus lente et des symptômes plus intenses. Loin d'entrer en voie de résolution, l'inflammation semble, au contraire, faire chaque jour de nouveaux progrès. On ne saurait douter que le développement du phlegmon iliaque n'ait entretenu et contribué peut-être même à aggraver la métrite. Quant au volume toujours croissant

de la tumeur hypogastrique, malgré le traitement énergique auquel on eut recours, doit-on le rapporter exclusivement à la tuméfaction du parenchyme utérin? et le tissu cellulaire qui coiffe cet organe, envahi lui-même par l'inflammation, ne contribuait-il pas pour sa part au développement graduel de la tumeur? Nous aborderons cette question en traitant du diagnostic.

Nous n'avons pu obtenir de renseignements sur l'état ultérieur de la malade, dont la trace s'est perdue.

2° *Métrites puerpérales idiopathiques avec volume anormal de la matrice et douleur, sans fièvre.*

Symptômes de métrite développée aussitôt après l'accouchement; les douleurs, qui avaient cédé le septième jour, reparaissent le quinzième jour; le vingt-septième, on constate une tumeur hypogastrique dépassant le pubis de $0^m,08$, *avec lochies sanguinolentes et déchirure profonde du col de l'utérus.*

Obs. V. — M... (Alexandrine), âgée de 20 ans, mouleuse, entrée salle Saint-Vincent, n° 24, le 19 juillet 1846. Cette jeune fille, d'une constitution assez chétive, lymphatique, n'ayant jamais eu de maladie grave, habituellement bien réglée, accoucha pour la première fois et à terme le 23 juin dernier, à la Maternité. La grossesse et l'accouchement n'offrirent rien de particulier. Aussitôt la délivrance opérée, elle éprouva un frisson violent et de vives douleurs dans le ventre; ces douleurs continuant, on lui appliqua, le surlendemain, trente sangsues sur l'abdomen, et on lui fit prendre un bain. Les tranchées se dissipèrent, et l'accouchée sortit de l'hospice le septième jour, ne souffrant plus et marchant sans peine. Elle resta *huit jours* encore sans éprouver aucun phénomène morbide, les lochies continuant à couler en blanc. Au bout de ce temps, sans cause connue et sans frisson nouveau, les douleurs recommencèrent dans tout le ventre. La malade n'en continua pas moins ses travaux, se bornant à s'appliquer, le soir, des cataplasmes sur le ventre; cependant, le 14 juillet, elle perdit en rouge; bientôt les douleurs augmentèrent, et le 17 elle garda le lit.

Entrée le 19 à la Charité (vingt-septième jour des couches), elle présente l'état suivant: ventre assez souple, sensible à la pression, surtout au côté droit et à l'hypogastre; dans cette dernière région, on rencontre une tumeur qui s'élève jusqu'à $0^m,08$ au-dessus du pubis, et dont la largeur est de $0^m,10$, dont $0^m,06$ à gauche, et $0^m,04$ à droite de la ligne blanche. Cette tumeur, parfaitement unie à sa surface, de figure ovoïde ou piriforme, à grosse extrémité dirigée en haut, difficile à circonscrire vers le

bas, est très-sensible à la palpation. Le toucher vaginal fait reconnaître que le col est bien reformé, situé à la hauteur normale ; mais tout son côté gauche, depuis la commissure, est divisé par une *fente profonde* à bords nettement séparés. Il est insensible au toucher ; ballottement facile ; le doigt est retiré tout mouillé de *sang*. Les seins, qui s'étaient gonflés, le troisième jour des couches, à la suite de la fièvre de lait, sont promptement revenus à leur volume antérieur et n'ont jamais été douloureux ; l'excrétion de l'urine ne se fait pas plus souvent que de coutume. Depuis quelques jours, en même temps que les grandes douleurs, il s'est manifesté de la diarrhée ; langue blanchâtre, appétit. Par moments, elle éprouve des coliques vives dans tout le ventre ; point de douleurs lombaires. La marche est très-douloureuse ; point de céphalalgie ; *apyrexie* complète. (*Catapl. abdom.*; *limon.*; 1 *port.*)

Le 22. La malade a eu chaque jour trois ou quatre selles liquides ; l'urine est rougeâtre avec un sédiment floconneux.

Le 24. Mêmes limites de la tumeur. L'écoulement a diminué et contient moins de sang ; le dévoiement est très-peu abondant ; l'urine est aujourd'hui jaune, limpide ; état général très-satisfaisant.

Le 27. L'utérus s'élève encore à $0^m,08$ au-dessus du pubis ; la palpation en est beaucoup moins sensible. Absence de toute douleur.

Le 30. Depuis trois jours, point de selle ; l'écoulement lochial est à peine rougeâtre et peu abondant. Mêmes dimensions de la tumeur, qui s'étend toujours plus à gauche, où elle est plus douloureuse qu'à droite. La malade quitte l'hôpital.

— Cette observation, tout interrompue qu'elle ait été, nous paraît cependant mériter de fixer l'attention sous plusieurs rapports. Elle nous offre d'abord un exemple de métrite franche *apyrétique* ; à l'article du diagnostic, nous aurons à établir la nature inflammatoire de cette affection , bien que la fièvre fasse défaut. En outre, nous avons ici sous les yeux un cas de métrite *avec récidive*. De la lecture de l'observation, il nous semble résulter clairement qu'une première inflammation a eu lieu immédiatement après l'accouchement ; qu'elle a été arrêtée par l'emploi d'un traitement convenable, puisque la malade ne souffrait plus aucunement le septième jour et qu'elle marchait sans peine.

Huit jours après, les douleurs reviennent sous l'influence de je ne sais quelle cause occasionnelle. En tout cas, cette femme devait être singulièrement prédisposée à cette récidive par le fait de la lésion que nous avons constatée encore au vingt-septième jour des couches : je veux parler de la déchirure profonde du col uté-

rin. Il serait intéressant de savoir si, au moment où la récidive eut lieu, la matrice avait le volume que nous lui trouvâmes lors de l'admission de la malade. Nous reprendrons cette question plus loin ; mais il nous semble permis de supposer que l'utérus avait subi un retrait plus complet, et que ce fut par suite de la recrudescence inflammatoire qu'il acquit cette augmentation de volume.

Métrite compliquée d'un double phlegmon pelvien ; invasion aussitôt après l'accouchement ; suppression des lochies le quatrième jour ; au vingt-sixième jour, l'utérus s'élève encore à $0^m,05$ *au-dessus du pubis.*

Obs. VI. — Ho... (Euphrosine), âgée de 23 ans, domestique, entrée le 17 juillet 1846. Cette jeune fille, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, n'ayant jamais eu de maladie grave, accoucha pour la première fois et à terme, à la Maternité, le 22 juin dernier. Le travail fut long : il paraît qu'il y avait présentation d'une main. Quant au délivre, on fit deux fois de vains efforts pour l'extraire ; il ne sortit qu'à la troisième tentative. La jeune fille, interrogée pour savoir si elle eut ensuite du frisson, des tranchées, répondit qu'elle ne se souvenait de rien, qu'elle resta plongée, après l'accouchement, dans un état de somnolence presque continuel. Le lendemain de l'accouchement, on lui pratiqua une saignée du bras, qui fut répétée le jour suivant. Elle quitta l'hospice au bout de quatre jours. Rentrée chez elle (en voiture), elle garda le lit pendant huit jours, éprouvant de grands maux de ventre. Dès sa sortie de la Maternité, l'écoulement lochial s'était arrêté.

S'étant relevée, elle entreprit de longues courses pour chercher à se placer, continuant à ressentir, presque à chaque pas, de telles douleurs dans le côté droit du ventre, qu'elle retenait à peine ses cris. Le 17 juillet, elle se décide enfin à rentrer à l'hôpital, et voici ce que nous constatons.

(Vingt-sixième jour des couches.) Il existe dans la région iléo-inguinale droite une tumeur volumineuse, piriforme, dure, unie à sa surface, remontant jusqu'à $0^m,10$ au-dessus du pubis, se portant en dehors jusqu'à $0^m,12$ de la ligne blanche, qu'elle rejoint à $0^m,05$ au-dessus de la symphyse pubienne. Là, elle se confond avec un autre corps moins dur, plus profond, sensible comme elle au toucher, présentant antérieurement une surface assez plane, se terminant en haut par un bord mousse, difficile à circonscrire tant d'un côté que de l'autre.

Du côté gauche, en effet, il se confond avec une nouvelle

masse indurée, profonde, qu'il est impossible de limiter au milieu de l'empâtement et de l'excès de sensibilité de toute cette région.

Au-dessus de la tumeur hypogastrique médiane, la main s'enfonce profondément dans une cavité limitée à droite par la tumeur iliaque, et à gauche par un bord dur, mousse, verticalement arrêté à $0^m,04$ de la ligne blanche (éventration, bord du muscle droit). Quant à la grande tumeur iliaque, la main peut se porter au-dessus et en arrière d'elle, de manière à la saisir, pour ainsi dire, dans le sens antéro-postérieur ; la toux, la marche, la pression, y déterminent une vive sensibilité.

Le toucher vaginal fait reconnaître que le col est situé assez haut ; au lieu d'une forme conique, il offre une surface presque plane, légèrement froncée autour de l'orifice qui est complétement fermé. Cet organe est d'une dureté ligneuse, insensible au toucher. La pression exercée sur chacun des points de la tumeur abdominale se transmet au doigt dans le vagin ; mais la masse entière est peu mobile, comme fixée par des adhérences. L'écoulement lochial, qui s'était arrêté dès longtemps, a reparu pendant le trajet à la Charité, blanc, peu abondant. L'excrétion de l'urine, qui, dans les premiers temps, était plus fréquente que de coutume, est redevenue normale. Depuis quelques jours, la diarrhée s'est établie ; les mamelles n'ont jamais été douloureuses, elles ne sont nullement engorgées.

Céphalalgie fréquente ; apyrexie.

Le 18. *Application d'un vésicatoire volant sur la région iliaque droite ; julep diac., lim. ; 1 port.*

Le 22. Les douleurs ont diminué. La palpation attentive de la région iliaque gauche n'y fait plus reconnaître aucune tuméfaction ; cette région est seulement tendue et empâtée. La tumeur hypogastrique semble moins saillante ; écoulement lochial toujours peu abondant. Le dévoiement persiste ; la substance des selles, examinée avec soin, n'a présenté que des matières diarrhéiques ordinaires ; l'urine est d'un jaune citrin, limpide.

Le 26. Les douleurs ont entièrement cessé ainsi que le dévoiement ; appétit. La tumeur droite et celle de l'hypogastre présentent les mêmes dimensions que lors de l'entrée. (2e *vésicatoire sur l'hypogastre.*)

Le 30. Depuis quatre jours, point de selle. La tumeur iliaque droite forme évidemment une moindre saillie ; la palpation y est bien moins sensible ; l'empâtement a beaucoup diminué dans la région iliaque gauche. A partir de ce jour, la malade a été soustraite à notre observation.

— Cette malade nous présentait un cas remarquable de métrite

compliquée de phlegmon pelvien. Ce phlegmon, double, aboutissant à droite et à gauche aux deux côtés de l'utérus, semblait former comme une matrice bicorne, dont les prolongements se portaient, sous forme d'ailerons, vers chacune des deux fosses iliaques.

Comme symptôme, ce cas nous offre à la fois les deux manières d'être de ces tumeurs : tantôt bien circonscrites, lorsqu'elles sont volumineuses et qu'elles font saillie en avant ; tantôt, au contraire, profondes et très-difficiles à limiter au milieu de l'empâtement de toute la région.

Quant aux causes auxquelles on peut rapporter ici la métrite et sa complication, elles ne manquent pas. C'est d'abord le fait de manœuvres prolongées pendant le travail ; puis la sortie prématurée de l'hospice, quand déjà la métrite avait éclaté ; l'arrêt des lochies dès le quatrième jour, et enfin de longues courses faites à pied malgré la souffrance.

Le traitement, bien qu'incomplet au moment où cesse l'observation, avait déjà avantageusement modifié l'état de la double tumeur pelvienne.

3° *Métrites puerpérales apyrétiques indolores, avec volume anormal de l'utérus.*

Au neuvième jour des couches, le fond de l'utérus s'élève à $0^m,05$ *au-dessus du pubis ; le col n'est point reformé ; les lochies persistent sanguinolentes ; la tumeur hypogastrique ne disparaît qu'au bout d'un mois.*

Obs. VII. — S... (Marie), âgée de 37 ans, piqueuse, entrée salle Saint-Vincent, n° 21, le 29 juin 1846. Cette femme, d'une constitution moyenne, à tempérament lymphatique, réglée à 15 ans et toujours exactement, n'ayant jamais eu de maladie sérieuse, accoucha pour la première fois il y a deux ans et demi. L'accouchement, à ce qu'elle prétend, n'a rien présenté de particulier que la lenteur du travail. Depuis ses couches, elle garda une sensation fréquente de pesanteur dans le bas-ventre pendant la station, en même temps qu'un écoulement leucorrhéique. Elle accoucha pour la seconde fois à terme, le 21 juin 1846, à la Maternité. Le travail fut encore long, mais l'accouchement se fit bien ; cependant des coliques ne tardèrent pas à se manifester (la malade n'en peut pas préciser exactement l'origine). On lui pratiqua une saignée du bras, et on la soumit à l'usage de lavements et de cataplasmes sur le ventre. Les coliques se dissipèrent, et elle sortit le 27. Rentrée chez elle, elle eut des frissons,

des syncopes, mais point de douleurs dans le ventre. Elle se fit transporter à l'hôpital le 29.

Nous constatons alors l'état suivant : le ventre est mou, souple, indolore; à la palpation de l'hypogastre, on sent un corps arrondi, profondément situé, légèrement mobile, qui remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis (9e jour) ; sa largeur est d'environ 0m,06 ; il est indolore à la pression. Le toucher fait reconnaître que le col, encore assez élevé, n'est point reformé ; son pourtour est mou, insensible ; l'orifice admet l'extrémité du doigt. Il existe une légère encochure à la commissure gauche ; ballottement facile ; écoulement blanchâtre peu abondant. La malade dit uriner *moins souvent* que de coutume ; anorexie, faiblesse générale, apyrexie complète. (*Cataplasme abdominal, repos au lit; bouillon, soupe.*)

Le 2 juillet. Il n'est survenu aucun accident. La malade se trouve mieux ; quoique faible encore, elle sent, dit-elle, ses forces revenir. La tumeur hypogastrique a diminué de volume ; elle est plus profonde et pourrait échapper à un examen superficiel ; on la sent néanmoins qui remonte toujours au même niveau. Le col n'est pas reformé; pourtour mou, arrondi ; appétit, constipation. (*Catapl., lavem. ; 1 port.*)

Le 4. Même état ; la constipation persiste. (*Bouteille d'eau de Sedlitz.*)

Le 5. La malade, à qui l'on a donné hier la moitié de la bouteille, et qui a mangé de suite après, a éprouvé de fortes coliques. Ce matin, elle a pris le reste du purgatif. A l'heure de la visite, elle ressent un grand malaise, de la chaleur à la tête, des coliques. Dans la journée, il se déclare dix à douze selles.

Le 7. L'indisposition n'a pas eu de suite ; il n'en reste aujourd'hui que de la faiblesse.

Le 8. La palpation, pratiquée avec soin, fait toujours découvrir dans le bas-ventre la présence d'un corps profondément situé, s'élevant à trois travers de doigt au-dessus du pubis ; le toucher montre le col non encore reformé, cependant moins volumineux et moins mousse qu'au premier jour, toujours insensible à la palpation. L'écoulement vaginal est *sanguinolent* (*catapl. abdom.; limon.*); anorexie, faiblesse d'estomac, apyrexie.

Le 11. La malade, un peu plus forte, commence à se lever.

Le 13. Les lochies continuent à être sanguinolentes. Pendant la station, la malade éprouve une sensation de pesanteur dans le bas-ventre; jamais elle n'a ressenti de douleurs lombaires. Appétit ; constipation. (*Catapl., lavem.; limon.; 1 port. alim.*)

Le 15. Même état local ; état général satisfaisant.

Le 18. Dans la soirée, il survient, sans cause connue, un *frisson* suivi de chaleur.

Le 19. Douleur dans tout le ventre qui est météorisé, sensible à la pression ; céphalalgie ; constipation depuis cinq jours. (*Lavement, dont l'usage lui est habituel.*)

Le 20. Ventre encore tendu, sensible ; langue blanche, peau chaude, pouls subfréquent. *On ne sent plus l'utérus* ; écoulement lochial blanchâtre; grande agitation. (*Un second lavement est administré et soulage beaucoup la malade.*)

Le 22. Le mouvement fébrile a cessé ; appétit ; constipation ; urine rougeâtre, limpide.

Le 23. État très-satisfaisant. Aujourd'hui , l'urine est jaune, un peu trouble.

Le 25. La malade n'éprouve plus de douleurs. Il ne lui reste qu'un peu de faiblesse. Le col utérin s'est reformé, il offre seulement un peu de mollesse.

Elle sort de l'hôpital.

— Cette observation nous présente un cas type de la forme de métrite apyrétique et indolore : en effet, il offrait ce double caractère déjà avant l'entrée de la malade à l'hôpital , avant le neuvième jour. Ici, l'on ne peut donc pas objecter que l'on a assisté à la dernière période, à la convalescence de la malade. Nous verrons, en traitant du diagnostic , sur quels symptômes nous nous fondons pour établir, dans ces cas, l'existence d'une métrite. Je signale sommairement le non-retrait de l'utérus , soit du corps, soit du col, qui n'a pas repris sa forme normale ; les lochies sanguinolentes ; cet état général de faiblesse , de malaise, etc. Pour cette malade, atteinte, depuis son premier accouchement, d'une métrite chronique, la seconde couche a été l'occasion d'une exacerbation de l'état morbide habituel.

Métrite compliquée de phlegmon du ligament large, au dix-huitième jour de l'accouchement, absence de fièvre et de douleurs ; l'utérus s'élève encore à trois travers de doigt au-dessus du pubis ; induration profonde dans le ligament large droit. Au trentième jour, on ne perçoit plus aucune tuméfaction ; entérorrhée abondante.

Obs. VIII. — M... (Catherine), âgée de 29 ans, domestique, rue de Thorigny, 40, entrée salle Saint-Vincent, n° 17, le 6 juillet 1846. Cette femme, d'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin, assez peu réglée, mais ayant néanmoins toujours joui d'une bonne santé, accoucha pour la première fois le 19 juin 1846, à la Maternité. Elle était au huitième mois de sa grossesse, habituellement occupée à frotter les

parquets, lorsqu'elle fut prise de frisson avec douleur de bas-ventre. Au bout de quatre jours, elle entra à l'hospice, où elle accoucha sans difficulté. Le jour même, on lui pratiqua une saignée. Les jours suivants, les coliques continuèrent avec une vive sensibilité de tout le ventre : on lui appliqua 30 sangsues sur l'abdomen, et on lui fit prendre des bains et des lavements. Elle sortit au bout de huit jours, ne souffrant plus, n'éprouvant que de la faiblesse. Rentrée chez ses maîtres, elle garda le lit à cause de nouvelles douleurs qu'elle ressentit dans le ventre. Un médecin lui ordonna deux purgatifs, qui déterminèrent, dit-elle, de vives coliques. Enfin, elle entra, le 6 juillet, à la Charité, où nous constatâmes l'état suivant :

Ventre souple, un peu météorisé, *insensible* à la pression ; à la palpation de l'hypogastre, on reconnaît l'existence d'une tumeur qui s'élève sur la ligne médiane à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Elle est mousse, égale, *indolore* ; elle se continue à droite et profondément avec une induration sous forme de tumeur transversale, de la grosseur du doigt, très-dure, et qui se perd dans la région iliaque après avoir présenté une étendue de $0^m,04$ à $0^m,05$. La malade dit ressentir, quand elle tousse, une douleur dans la région iliaque *gauche*, où l'on ne sent aucune espèce de tumeur. Les ganglions de la région, assez développés, n'offrent aucune sensibilité anormale. Le toucher vaginal fait reconnaître que le col utérin est bien reformé, conique, avec une fossette où s'enfonce le bout du doigt ; il est *entièrement insensible*. On détermine aisément le ballottement de la tumeur hypogastrique. L'écoulement lochial est complétement arrêté depuis la sortie de la Maternité.

La malade urine *moins souvent* qu'avant sa maladie ; elle se plaint de céphalalgie ; langue normale, appétit ; apyrexie, état général très-satisfaisant. (*Limon. ; catapl. abdom. ; 1 portion.*)

Le 8. Même état ; constipation depuis l'entrée de la malade à l'hôpital. (*Poudre de scammonée, 1 gramme ; bouillon aux herbes.*)

Le 9. Nausées et coliques vives, point de selle ; les coliques persistent ce matin. (*Lavement.*)

Le 10. Le lavement a été rendu sans matières. (Nouvelle dose de scammonée ; la malade refuse de la prendre à cause des coliques qu'elle continue à éprouver.)

Le 11. L'agitation et la douleur du ventre se calment ; une selle dans la journée.

Le 12. Le corps utérin, ainsi que la corde qui en part, se sentent plus profondément que le premier jour ; l'écoulement lochial

n'a pas reparu ; quelques coliques, légères douleurs dans les lombes ; pesanteur de tête pendant la marche ; grand appétit ; apyrexie complète. (*Catapl.; limon.*, 1 *port.*)

Le 16. On continue à sentir profondément le corps utérin et la corde qui s'en détache : absence de douleur.

Le 20. On ne perçoit plus aucune espèce de tumeur dans le bas-ventre ; il n'existe plus de tranchées. La malade, d'un caractère mou, ne se plaint que de céphalalgie ; le ventre est gonflé, mais dépressible ; urine jaune pâle, parfaitement limpide.

Le 25. La malade a renouvelé chaque jour ses plaintes de céphalalgie. Apyrexie complète; ventre volumineux, tendu; constipation.

Le 26. Dans la journée, il survient de nombreuses selles; les matières sont d'un blanc jaunâtre, entièrement liquides ; point de vomissement. (*Catapl. ; julep diacodé.*)

Le 27. Coliques, grand malaise ; les matières rendues dans la journée remplissent tout un vase de nuit, et ont l'aspect d'un liquide séro-purulent. Agité avec de l'ammoniaque, ce liquide ne prend point la consistance visqueuse, particulière au pus ainsi traité. (*Catapl. ; pot. avec laudan.*, 12 *gouttes.*)

Le 28. Même état de malaise *sans fièvre*, langue rosée, appétit ; ventre gonflé, météorisé, insensible à la pression ; pas de trace de l'ancienne tumeur ; plus de *trente selles* dans la journée, formées par un liquide semblable au précédent. (*Riz gommé ; pot. laudan. ; catapl.*)

Le 29. La malade n'accuse qu'un peu de faiblesse ; encore un grand nombre de selles pareilles. (*Pot. avec laudan.*, 15 *gouttes.*)

Le 31. Le dévoiement est moins abondant ; état général très-satisfaisant. Quelques jours après, la guérison est complète.

— Peut-on, dans ce cas, attribuer la métrite et sa complication aux occupations pénibles auxquelles cette fille était assujettie pendant sa grossesse ? Y doit-on chercher la cause de l'accouchement prématuré ?

Ici encore l'affection semble avoir procédé par récidive ; du moins a-t-elle offert une exacerbation, due sans doute au développement du phlegmon pelvien. On a vu avec quelle rapidité l'inflammation marcha vers la résolution, et à l'aide des moyens les plus simples. Une dernière circonstance qui mérite de fixer l'attention, c'est l'existence de ce flux intestinal insolite, si remarquable par son abondance, par la qualité du fluide excrété, et cela sans fièvre, sans trouble notable de l'économie.

Si le phlegmon pelvien n'eût été résous, on eût pu croire à la terminaison par suppuration et à l'ouverture du foyer dans l'in-

testin; mais, outre que la tumeur pelvienne avait disparu avant que l'excrétion intestinale eût commencé, l'examen chimique et microscopique du liquide des selles aurait suffi pour établir que ce liquide, bien qu'il eût l'aspect du pus, n'était point constitué par ce produit.

Métrite compliquée de phlegmon pelvien; déchirure profonde du col de la matrice; le onzième jour de l'accouchement, il se développe un phlegmon iliaque; saignée, deux vésicatoires volants; résolution du phlegmon; l'utérus subit en deux jours un retrait de 0^{m},07 *de diamètre vertical. Guérison complète le vingt-troisième jour.*

Obs. IX. — V... (Élisabeth), âgée de 19 ans, couturière, entrée salle Saint-Vincent, n° 32, le 10 janvier 1846. Cette jeune fille, d'une belle constitution, d'un tempérament lymphatique, d'une santé toujours bonne, bien réglée, accoucha pour la première fois et à terme le 3 janvier 1846, à la Maternité. La grossesse avait été exempte d'accidents. Pendant le travail, on lui pratiqua une saignée pour faciliter, *lui dit-on*, l'accouchement. Quatre jours après, elle ressentit de la douleur dans la région iliaque droite; on y appliqua 20 sangsues qui enlevèrent la douleur. Elle sortit le 10 janvier, bien remise; cependant elle voulut entrer à l'hôpital afin, dit-elle, de se reposer.

Le 10 janvier. *État actuel.* Le ventre est souple, nullement douloureux. On constate dans l'hypogastre la présence d'une tumeur globuleuse aplatie en avant, qui s'élève jusqu'à 0^{m},08 ou 0,09 au-dessus du pubis, sur la ligne médiane, où elle a le plus de hauteur; elle est dure, insensible à la pression; les suites de couches ont été normales, elle voit encore un peu en blanc; apyrexie.

Le 11. *Id.* (*Lavement, catapl. abdom.; limon., bouillon, soupe.*)

Le 12. La tumeur hypogastrique a éprouvé un léger retrait et ne s'élève plus qu'à 0^{m},07 au-dessus du pubis; constipation. (*Bout. d'eau de Sedlitz; catapl.*)

Le 13. La malade a eu hier, à huit heures et demie du soir, un frisson de trois quarts d'heure de durée, suivi de chaleur et de sueur. Le purgatif n'a été administré que ce matin, et il a déjà déterminé deux selles.

La tumeur hypogastrique s'élève toujours à la même hauteur; mais, dans la région iliaque *droite*, où déjà hier elle s'étendait plus loin que du côté gauche, on sent de l'empâtement, et, par une palpation attentive, on parvient à percevoir, à deux ou trois travers de doigt au-dessus du milieu de l'aine, une tumeur assez dure, mal circonscrite, sensible à la pression. État général très-

satisfaisant; pouls subfréquent, assez développé. (*Saignée de* 350 *gram.*, *vésicatoire sur la région iliaque gauche*; *limon.*, *diète.*)

Cinq heures du soir. La malade sommeille, elle se trouve assez bien. 110 pulsations assez développées; sang de la saignée couenneux. Vioci ce qu'apprend le toucher vaginal. Le vagin est chaud, le col de l'utérus situé très-haut; à gauche, au-dessous de la commissure des deux lèvres du museau de tanche, il existe une déchirure profonde de $0^m,015$ et comprenant toute l'épaisseur de la lèvre encore hypertrophiée. Les deux angles de l'entaillure sont mobiles, le supérieur surtout, qui forme un lambeau conique, pointu. L'orifice admet facilement l'extrémité de l'index; le ballottement s'exerce sans peine.

Le 14. La malade a dormi, elle ne souffre point; apyrexie, même état du bas-ventre, sensibilité à la pression de la fosse iliaque droite. (*Limon.*; *catapl.*)

Le 15. Apyrexie; la malade n'accuse aucune douleur. On sent, dans la région iliaque droite, une tumeur dure, profondément située, du volume d'une petite noix, sensible au toucher. (*Vésic. volant sur la région iliaque droite.*)

Le 16. La malade se plaint d'une douleur au siége causée par une éruption; nous constatons, en effet, à la partie interne des deux fesses, la présence de six ou sept petites pustules, recouvertes de croûtes brunâtres, arrondies ou elliptiques, entourées d'une rougeur assez vive (impetigo). On ne reconnaît pas aujourd'hui d'une manière précise l'existence de la tumeur iliaque; seulement le globe utérin se prolonge plus à droite qu'à gauche. (*Limonade*; *cataplasme*; *bouillon*, *soupe.*)

Le 18. L'état général continue à être des plus satisfaisants. La mensuration nous donne aujourd'hui $0^m,09$ pour la hauteur verticale de l'utérus au-dessus de la symphyse pubienne. On sent à droite, au-dessus du milieu de l'aine, une tumeur qui paraît avoir $0^m,02$ de hauteur; il est difficile de décider si elle est indépendante de la tumeur hypogastrique. Appétit, apyrexie.

Le 20. On ne sent plus le fond de la tumeur utérine *qu'à* $0^m,02$ *au-dessus du pubis*; de là une induration profonde se prolonge à droite.

Le 25. Il n'existe plus de trace de la tumeur hypogastrique; on ne sent également aucun vestige de l'induration perçue dans la fosse iliaque.

Le 26. La malade, un peu pâle et anémique, mais dont toutes les fonctions s'exécutent parfaitement, quitte l'hôpital.

— Dans cette intéressante observation, nous avons vu poindre sous nos yeux le phlegmon pelvien : son début est marqué, le

onzième jour, par du frisson ; il se développe et se résout rapidement. Remarquons cependant que, dès le quatrième jour des couches, la malade avait ressenti de la douleur dans la région iliaque droite, prodrome de l'affection qui se manifesta plus tard. Nous avons déjà signalé dans d'autres cas les effets de la déchirure du col utérin, de même que l'augmentation momentanée du volume de la matrice sous l'influence de la phlegmasie voisine, et sa prompte diminution. En établissant le traitement de cette maladie, nous aurons à insister sur les avantages de la méthode thérapeutique qui a été employée ici avec tant de succès.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

MÉDECINE OPÉRATOIRE. 15. *Note sur l'emploi des cathéters rigides;* par M. le docteur J. Béniqué.

(Gazette médicale de Paris, N° 51 ; 1847.)

Les recherches qui ont pour but de perfectionner l'art de guérir présentent en général une assez grande difficulté : celle de la démonstration. Dans les sciences purement physiques, on reproduit à volonté le fait que l'on veut établir, et il se trouve ainsi vérifié par l'expérimentation ; mais ici il faut attendre les occasions favorables qui, réunissant les conditions du problème précédemment étudié, permettent de juger la solution proposée et de la confirmer par des observations successives.

Depuis plusieurs années, je m'efforce de rendre évident ce principe de thérapeutique chirurgicale, à savoir : *que, dans les cas très-difficiles qui réclament le cathétérisme, les instruments rigides d'un petit diamètre, lorsqu'ils sont plus volumineux vers leur extrémité vésicale que dans le reste de leur longueur, facilitent et simplifient singulièrement l'opération.*

Aujourd'hui j'essayerai d'exposer un nouveau fait qui me paraît très-concluant en faveur de la thèse que je soutiens.

Rétention complète de l'urine dans la vessie.

Obs. — Le 2 juin, je fus appelé en consultation auprès d'un malade dont l'état paraissait fort grave.

M. O..., âgé de 72 ans, éprouvait depuis longtemps une difficulté à uriner, qui avait augmenté progressivement sans qu'il eût jamais essayé de s'en guérir.

Dans les derniers jours de mai, il quitta Paris, comptant passer

l'été à Asnières. Le 1er juin, après avoir bu un peu de vin de Champagne, il se trouva tout à coup dans l'impossibilité absolue d'uriner. Un médecin d'une grande expérience, M. le docteur Mahart, essaya à plusieurs reprises de faire pénétrer jusque dans la vessie les sondes et les bougies qu'il avait à sa disposition ; il ne put réussir, et manquant de quelques instruments nécessaires en pareil cas, il me fit prier de venir voir le malade.

Nous nous rencontrâmes auprès de lui mercredi soir 2 juin. Il était en proie à de vives douleurs. Un bain, une application de sangsues, lui avaient procuré quelque soulagement ; mais depuis trente-six heures il n'avait pas rendu d'urine. La verge était gonflée, douloureuse, et quelques gouttes de sang s'écoulaient par le méat urinaire.

Prenant une sonde cylindrique de 5 millimètres de diamètre et du tissu le plus souple, j'essayai de l'introduire ; elle s'arrêta à 14 centimètres. Voyant qu'elle ne paraissait pas s'engager dans l'obstacle qu'elle rencontrait, je la retirai. Après cette tentative, bien qu'elle eût été faite avec toute la prudence convenable, il sortit encore un peu de sang.

J'eus recours alors à des bougies d'un plus petit calibre. Je parvins, après quelques tâtonnements, à franchir le point d'arrêt. Je crus même avoir pénétré dans la vessie, en raison de la profondeur à laquelle la bougie était arrivée (21 centimètres). Cependant elle se repliait un peu sur elle-même lorsque je cherchais à lui faire dépasser ce point.

J'essayai des sondes flexibles, cylindriques, de 3 à 4 millimètres ; elles parvinrent à la même distance. Mais vainement je variai leur diamètre, je les employai avec et sans mandrin, elles ne purent franchir le point d'arrêt, situé à 21 centimètres, et ne ramenèrent pas une goutte d'urine.

Enfin je fis quelques tentatives avec une sonde d'argent de 3 millimètres 1/2 ; elle fut d'abord arrêtée par le premier obstacle, puis elle pénétra jusqu'au point que n'avaient pu franchir les autres instruments. Là elle se trouva fixée dans une immobilité absolue. Tout mouvement latéral ou de rotation sur son axe était impossible, et son extrémité vésicale rencontrait une telle résistance, qu'on ne pouvait songer à la faire pénétrer plus avant. Je me décidai donc à la retirer, et je remarquai qu'elle était très-fortement étreinte dans l'urèthre.

Nous prescrivîmes un bain ; nous laissâmes dans l'urèthre une bougie très-flexible, que de temps à autre le malade devait essayer de faire pénétrer dans la vessie, et nous convînmes de nous réunir auprès de lui le lendemain matin à sept heures.

Le 3 juin, M. O. nous attendait avec une grande anxiété. La nuit avait été sans sommeil; la bougie n'avait pu franchir l'obstacle; il n'était pas sorti d'urine.

Voyant que la sonde d'argent rencontrait toujours les mêmes résistances, je la remplaçai par un cathéter en acier, dont, la veille, j'avais beaucoup regretté de ne pas m'être muni. Sa courbure était identiquement celle de la sonde; son diamètre était aussi de 3 millimètres 1/2 dans une étendue d'un centimètre, à partir de son extrémité vésicale. Mais là il diminuait brusquement; et de ce point jusqu'au pavillon, il n'avait plus que le volume nécessaire pour lui donner une résistance suffisante.

Introduit dans l'urèthre, cet instrument pénétra, comme la sonde, à 21 centimètres; mais désormais les conditions n'étaient plus les mêmes.

A cette étreinte, qui tout à l'heure retenait la sonde dans une immobilité presque absolue, et qui était principalemeut occasionnée par le rétrécissement situé à 14 centimètres, avait succédé une grande liberté de l'instrument dans sa partie moyenne.

Il me devint facile de faire sans le moindre effort des explorations dans des directions différentes; et à peine eus-je porté en haut l'extrémité vésicale de l'instrument, qu'aussitôt, avec la plus grande aisance, il pénétra dans la vessie.

Il n'y avait ici nulle incertitude possible sur la part que, dans ce résultat, il convenait d'attribuer à la forme du cathéter que j'ai décrit. Aussi mon confrère qui ne le connaissait pas, et qui ignorait complétement que j'en fusse l'auteur, s'empressa-t-il de me dire que nous lui devions ce premier pas vers le succès.

Cependant il fallait faire uriner le malade. Dans beaucoup de cas analogues, j'ai vu qu'il suffisait de retirer le cathéter pour qu'aussitôt l'urine sortît. Pour cette fois, il n'en fut rien, et je dus reprendre la sonde d'argent. Mais je connaissais la direction qu'il convenait de lui donner, et quand elle s'arrêta, comme précédemment, à 21 centim., je lui imprimai le même mouvement qui avait réussi avec le cathéter, et elle pénétra dans la vessie avec presque autant de facilité que lui. L'urine sortit en grande abondance.

Enfin je remplaçai la sonde d'argent par une autre flexible et de même diamètre, après avoir eu soin de lui donner pour l'introduction, au moyen d'un mandrin, une courbure tout à fait semblable.

Le malade très-soulagé revint à Paris le lendemain. Il put même faire à pied le trajet jusqu'à la voiture. Mais bientôt il fut atteint d'une cystite fort grave. Les urines bourbeuses, et qui ne

sortaient pas sans le secours de la sonde, exhalaient une odeur fétide d'ammoniaque et d'hydrogène sulfuré.

Des injections d'eau simple, puis avec une légère addition de chlorure de chaux, avaient produit quelque amélioration, lorsqu'une nouvelle complication se déclara.

Le séjour de la sonde, si nécessaire pour évacuer l'urine et pratiquer de fréquentes injections, occasionna dans la verge un tel gonflement inflammatoire qu'il fallut la retirer.

Dès ce moment, nous fûmes réduits à répéter très-souvent le cathétérisme, opération qui, dans les premiers temps surtout, présentait de grandes difficultés, ainsi que put s'en convaincre M. le docteur Matice qui, plusieurs fois en mon absence, voulut bien me suppléer.

Mais heureusement l'inflammation diminua, la sonde fut remise à demeure, les injections furent reprises avec plus de régularité, et l'état des urines s'améliora progressivement.

Puis les sondes à demeure furent supprimées, la dilatation du rétrécissement fut portée à 9 millim. 1/2, et aujourd'hui le malade est dans un état très-satisfaisant. Il urine librement sans le secours de la sonde, et s'introduit lui-même de temps en temps des bougies très-volumineuses.

— J'ai rapidement esquissé la fin de cette observation ; car elle reproduirait des détails qui maintes et maintes fois ont été constatés et décrits.

Le seul point qui me paraît digne de quelque intérêt, c'est le secours très-efficace qu'au moment de notre plus grand embarras, nous a prêté le cathéter plus volumineux vers son extrémité vésicale que dans le reste de sa longueur.

Bien souvent j'ai eu occasion de constater l'utilité pratique de cet instrument ; mais les faits que l'on recueille soi-même et isolément, à l'appui d'une thèse que l'on soutient, sont en général peu concluants. Chacun suppose volontiers, sans mettre en doute la bonne foi et la sincérité de l'observateur, qu'il s'est fait illusion sur quelques circonstances du problème, qu'il s'est exagéré quelques difficultés. Ainsi, dans le cas que je viens de rapporter, si je n'avais eu un témoin aussi éclairé qu'étranger à mes préoccupations personnelles, je ne saurais comment justifier l'extrême réserve que je dus m'imposer le premier jour ; car, si près qu'elle fût de pénétrer dans la vessie, la sonde d'argent était soumise à une étreinte qu'il faut avoir constatée soi-même pour comprendre qu'il y aurait eu plus que de la témérité à lui imprimer une direction quelconque avant d'avoir acquis la certitude que cette direction était bonne. Mais cette certitude nous fut donnée avec

la plus grande simplicité par le cathéter, qui devait la liberté de se mouvoir dans divers sens sous la plus légère pression à l'étroitesse de sa partie moyenne, sur laquelle les strictures de l'urèthre ne pouvaient plus exercer l'étreinte qui avait paralysé les mouvements de la sonde d'argent.

---

16. *Lettre sur l'hémorrhagie qui peut succéder à l'excision des amygdales, et sur un moyen nouveau d'y remédier; adressée à M. Malgaigne*, par M. Félix Hatin, D.-M.-P.

(Revue médico-chirurgicale, décembre 1847.)

Mon cher maître

L'excision des amygdales paraît, au premier abord, une opération bien simple, et tellement connue qu'il semble n'y avoir rien à ajouter à ce qui en a été dit. Toutefois vous savez combien la pratique présente de faits nouveaux et imprévus ; et pour mon compte, bien souvent déjà j'ai été entraîné à soumettre au creuset de l'expérience les paroles des grands maîtres, et je ne les ai pas toujours trouvées paroles d'Évangile. Pour ne pas nous écarter de notre sujet, je vous dirai donc que l'histoire de l'excision des amygdales me semble incomplète ; que, par exemple, il n'est pas bien décidé si cette opération, quoique faite convenablement, peut être suivie d'hémorrhagie, et que ceux qui en admettent la possibilité comme un être de raison plutôt que comme un fait dont ils auraient été témoins, ne me semblent pas avoir soupçonné un moyen de l'arrêter, beaucoup moins effrayant, beaucoup moins douloureux, beaucoup moins dangereux que la cautérisation avec le fer rouge.

Je ne veux pas faire ici parade d'érudition, ni vous donner à entendre que j'ai compulsé tous les auteurs qui traitent de l'excision des amygdales. Ce n'est qu'après l'opération dont je vais faire l'histoire que j'ai cherché, dans ceux que j'ai sous la main, l'opinion qu'ils auraient professée relativement au danger d'une hémorrhagie consécutive, et les moyens qu'ils auraient conseillés pour l'arrêter.

Voici ce que j'ai trouvé.

Je ne parlerai que pour mémoire de Celse, qui veut qu'on enlève les amygdales avec les ongles, quand la membrane qui les entoure est fine, etc. Nous n'avons plus aujourd'hui les ongles aussi tranchants. J'arrive tout de suite à des auteurs plus modernes et dont le texte est un peu moins nébuleux.

Maurain, dans un rapport à l'Académie de chirurgie sur un procédé de Moscati, dit positivement *qu'il n'y a rien à craindre de*

l'hémorrhagie, les amygdales n'étant arrosées que par des vaisseaux très-fins.

Caqué, de Reims, qui, un des premiers peut-être, *osa* enlever d'un seul coup toute la portion exubérante des amygdales, ne signale aucun cas d'hémorrhagie.

Sabatier, qui a pratiqué cette excision sur huit sujets, entre autres, qui avaient en même temps les deux amygdales tuméfiées, nous dit : « L'effusion du sang a été de peu de conséquence, et « s'est arrêtée en quelques instants par de simples ablutions « d'eau chargée de vinaigre. »

Boyer affirme tout d'abord que la rescision de la partie excédente des amygdales est une opération *qui n'est jamais accompagnée d'hémorrhagie*. J'aurais pu, d'après cela, me dispenser de chercher quel moyen il proposait pour la combattre; et pourtant j'aurais eu tort : car on trouve, quelques pages plus loin, qu'il conseille non-seulement les styptiques, mais encore le fer rouge contre cette hémorrhagie impossible.

Vous aussi, mon cher maître, vous conseillez ce moyen barbare, et je vous en veux d'autant plus que vous ne commencez pas par dire que l'excision des amygdales *n'est jamais accompagnée d'hémorrhagie* ; ce qui, à mes yeux, eût établi en votre faveur une circonstance atténuante.

Roche et Sanson ne croient pas non plus à l'hémorrhagie : « L'expérience et une connaissance plus exacte de la texture des parties, disent-ils, ont prouvé que *jamais* les amygdales affectées d'engorgement chronique ne contiennent de vaisseaux assez considérables pour donner lieu à une hémorrhagie. » Et plus loin : « Il suffit de faire gargariser le malade avec de l'eau un peu vinaigrée pour arrêter l'écoulement du sang. »

Ainsi donc, l'opinion générale est que l'excision des amygdales n'est pas susceptible de déterminer une hémorrhagie dangereuse; et les quelques auteurs qui admettent la possibilité de cette hémorrhagie semblent n'en parler que pour mémoire.

Je vais donc avoir l'avantage de vous entretenir d'un cas bien rare ; car je l'ai vue, moi, cette hémorrhagie problématique, et je n'ai pu m'en rendre maître qu'à l'aide d'un moyen bien simple, mais qui n'a été encore employé ni même conseillé par qui que ce soit, que je sache du moins.

Mais laissez-moi d'abord vous raconter mon opération et mes anxiétés.

Mme G..., jeune femme de 30 ans environ, était depuis son enfance sujette à de fréquents maux de gorge. Ceux-ci avaient eu pour résultat une hypertrophie des amygdales portée au point

de les amener au contact presque immédiat. — Le timbre guttural que cet excès de volume donnait à la voix, une gêne habituelle dans la déglutition, et enfin le retour fréquent du mal de gorge, décidèrent la malade à se soumettre à la rescision des amygdales.

Je fus choisi pour cette opération, et je la pratiquai à droite et à gauche dans la même séance, en me servant du tonsillotome à guillotine de Fahnestock.

J'insiste sur l'emploi de cet instrument, parce que sa forme annulaire ne permet pas de dépasser le tissu de l'amygdale et d'aller blesser un des vaisseaux voisins, la carotide interne par exemple, comme cela pourrait se faire à la rigueur en se servant d'un bistouri.

L'opération fut courte, simple, facile ; et l'écoulement du sang, assez modéré d'abord, parut avoir cédé comme d'ordinaire aux gargarismes acidulés dont la malade fit immédiatement usage.

Deux heures après, cependant, le mari de cette dame vint me chercher tout effrayé, en disant que sa femme vomissait le sang à pleine cuvette, qu'elle se trouvait mal à tout moment, qu'elle était mourante. J'accourus avec lui, et je vis qu'il n'avait rien exagéré.

La chambre était inondée de sang, et la malade, pâle, affaiblie, défaillante, n'avait qu'un cri plein d'angoisse : *Je me meurs !* — ou plutôt elle en avait deux, car elle était mère, et se sentant près de sa fin, elle disait encore : *Mon pauvre enfant !...*

J'examinai le fond de la gorge, et je vis que le sang coulait en nappe de la plaie vive produite par l'excision de l'amygdale gauche.

Je m'efforçai d'abord de rassurer la malade, et je lui fis faire immédiatement des gargarismes avec de l'eau saturée d'alun officinal.

Ce moyen ne réussissant pas, je portai de l'alun en poudre sur la plaie, et je l'y maintins en contact avec mon doigt. La malade sentait toujours le sang couler dans sa gorge, et ne pouvait se défendre de l'avaler.

Je portai alors du nitrate d'argent sur la surface saignante, et je l'y laissai en contact prolongé pour cautériser aussi profondément qu'on peut le faire avec ce caustique. — Ce moyen n'eut pas plus de succès que les autres.

De nouveaux vomissements de sang, de nouvelles syncopes s'étaient manifestés. J'eus peur, et j'envoyai demander l'assistance de mes deux confrères, MM. Brulard et Thierry.

En attendant, je fis mettre des cautères au feu et je demeurai près de la malade.

Avant d'aller plus loin, qu'il me soit permis de donner les raisons de ma peur à ceux qui ne la devineraient pas, et qui, pour cela même, seraient peut-être tentés d'en rire.

Dans les syncopes qui suivent les hémorrhagies qui se font par l'arrière-gorge, le sang peut s'introduire dans les voies aériennes et les remplir au point de rendre impossible tout retour à la vie. — Dans ce cas-là, les malades ne meurent pas d'anémie, mais bien d'asphyxie.

Ce n'est donc pas seulement la perte du sang en lui-même qu'on doit redouter dans ces cas-là. Vous le savez bien, vous, mon cher maître, et vous ne vous étonnez pas de ma peur.

J'avais du reste, et j'ai encore pour le cautère actuel, surtout en un tel cas, une répulsion des plus vives. — J'allais cependant me résigner à l'appliquer comme moyen extrême, quand il me vint à l'idée de tenter un autre moyen.

J'ai dans mon petit arsenal de chirurgie de très-longues pinces droites destinées par moi à porter, en certains cas, une anse de fil sur les polypes inclus dans les arrière-narines. Je pensai qu'à l'aide de ces pinces je pourrais opérer une compression sur l'amygdale saignante, et peut-être arrêter ainsi l'hémorrhagie.

Les envoyer chercher immédiatement, garnir les extrémités des branches, l'une de morceaux d'amadou et de linge que j'humectai d'eau et que j'imprégnai d'alun, l'autre de simples tampons de linge, fut l'affaire d'un moment.

Les choses ainsi préparées, j'introduisis la branche garnie d'amadou et d'alun dans la bouche de la malade, et je l'appliquai immédiatement sur la surface saignante de l'amygdale. La branche opposée se trouvait naturellement en dehors de la joue correspondante, et vint prendre un point d'appui par son extrémité sur l'angle de la mâchoire.

Pour comprimer l'amygdale, je n'eus donc qu'à rapprocher les anneaux de la pince et à les maintenir à l'aide d'un cordon.

C'est là un procédé si simple, que tout le monde le comprendra sans peine et l'exécutera de même au besoin. — Je le conseille, du reste, non-seulement parce qu'il est simple et facile, mais aussi parce que, dans le cas en question, il eut un plein succès. — A partir du moment de son application, le sang cessa de couler, et quand mes confrères arrivèrent, toute idée de cautérisation avec le fer rouge fut ajournée.

La pince fut soutenue à l'aide de quelques fils attachés à la

coiffure. La malade dut se tenir immobile, et éviter surtout les mouvements de déglutition.

Le lendemain, il y eut un peu de tuméfaction à la joue, un peu de douleur à la gorge, un peu de fièvre traumatique. — Le troisième jour, je déliai les anneaux, sans faire d'efforts pour enlever la pince qui s'était incrustée dans l'amygdale. — Le quatrième jour, cette pince se détacha d'elle-même, sans qu'une goutte de sang s'écoulât.

A partir de ce moment, la malade alla de mieux en mieux.

Agréez, etc.

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

17. *De la syphilis constitutionnelle des enfants du premier âge*; par A. Trousseau, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Ch. Lasègue, docteur en médecine.

(Suite : *voir* t. X, octobre 1847, p. 211.)

(Archives générales de Médecine, octobre 1847.)

Le temps que les accidents mettent à parcourir ces diverses périodes est extrêmement variable : tantôt c'est après quelques semaines, tantôt c'est au bout de plusieurs mois qu'on observe les lésions extrêmes. Le plus souvent, et sans qu'aucun traitement soit venu l'entraver, la lésion s'arrête d'elle-même, et les os ne sont pas compromis.

De cette irrégularité dans la marche des symptômes, il résulte qu'on a l'occasion d'observer les altérations anatomiques à des degrés différents, un état peu avancé du coryza pouvant répondre à des accidents généraux qui entraînent la mort. On trouve d'abord la membrane muqueuse épaissie, plus ou moins ramollie, d'une coloration plutôt bistrée ou livide que rouge-inflammatoire, sans traces d'ulcérations ou de cicatrices, sans rien qui explique les fréquents saignements du nez. Plus tard, des ulcérations ordinairement petites et nombreuses, d'une profondeur variable, se dessinent en différents points ; elles peuvent pénétrer jusqu'aux os, en provoquer la carie, détruire partiellement le vomer, les cornets, et, à la suite de ces graves lésions, entraîner la nécrose même d'une portion du maxillaire. Dans des cas encore plus rares, on voit les altérations se rapprocher de la forme scrofuleuse ; la cloison cartilagineuse se perfore ; la lame perpendiculaire de l'ethmoïde se convertit en un tissu semi-cartilagineux, se gonfle et devient comme fongueuse. Il est facile de comprendre la liaison de ces désordres anatomiques avec les symptômes que nous avons énumérés.

Telle est la marche, telles sont les dernières conséquences du coryza syphilitique. Limité communément aux fosses nasales, il peut, avons-nous dit, se propager jusqu'au pharynx ; quelquefois même il atteint le larynx et donne naissance à des troubles qui n'offrent rien de spécial. La voix s'altère, ellle est rauque, sourde, presque nulle, comme dans le croup ; la respiration est sifflante ; lorsque l'enfant veut crier, la dyspnée s'exagère et arrive presque à la suffocation. Nous n'avons vu que dans un cas l'affection laryngée déterminer des ulcérations; encore la coïncidence d'une diphthérite ne permettait-elle pas de rendre la syphilis responsable des plus graves accidents. La complication que nous signalons est d'ailleurs exceptionnelle, et les accidents secondaires affectent bien moins souvent les amygdales ou le larynx chez les nouveau-nés que chez les adultes.

Quelque observateurs, entraînés par leurs idées théoriques, plutôt que dirigés par l'examen des malades, ont prétendu que les ophthalmies blennorrhagiques se liaient, comme effets ou comme causes, aux altérations de la membrane muqueuse des fosses nasales. Les dispositions anatomiques des parties et la double ouverture des conduits lacrymaux leur fournissaient une explication raisonnable. Leurs assertions nous semblent dénuées de tout fondement.

L'inflammation des paupières ou de la conjonctive est indépendante du coryza, et s'il existe entre les deux organes une voie de communication, il est hors de doute, pour nous, que les accidents ne la suivent jamais. Qui ne sait d'ailleurs combien les affections syphilitiques ont peu de tendance à se propager en suivant la continuité des tissus, et combien elles diffèrent, sous ce rapport, des phlegmasies légitimes ?

En résumé, le coryza, si toutefois ce nom convient à l'affection que nous venons de décrire, est un des signes les plus fréquents et les plus caractéristiques de la syphilis. Il produit une sécrétion de matière d'abord muqueuse, plus tard sanieuse et purulente, des écoulements de sang plus ou moins fréquents et souvent copieux ; il se termine par la carie des os du nez et la déformation de l'organe. Il mérite d'autant mieux d'entrer dans les éléments essentiels du diagnostic, qu'aucune autre maladie que la vérole ne s'accompagne des mêmes symptômes.

Un fait presque aussi constant et sur lequel l'attention a déjà été éveillée doit en être rapproché; nous voulons parler de la teinte spéciale que revêt ou le visage ou même le corps entier du malade. Doublet avait déjà remarqué combien les enfants atteints de la maladie vénérienne changeaient d'aspect et de physionomie ; ses collègues

avaient répété la même observation, et tous rapportaient à une cachexie avancée la modification si notable qu'ils signalaient. La syphilis, en effet, entraîne chez les enfants nouveau-nés un dépérissement graduel, sur lequel nous aurons à revenir ; elle agit sur eux à la manière des affections chroniques, dont le propre est d'être d'autant mieux tolérées, qu'elles frappent un sujet plus avancé en âge. Jusque-là rien de spécifique : c'est l'application à un cas particulier d'une loi générale.

Mais, en étudiant le développement de cet état cachectique, on distingue bientôt deux périodes : l'une initiale et qu'on ne peut attribuer au progrès de la maladie ; l'autre terminale, et qui le plus souvent est l'annonce d'une mort prochaine. Dès les premiers jours où les accidents vénériens se sont manifestés, avant que la santé se soit pervertie, et tandis que les fonctions s'exécutent avec leur pleine régularité, les enfants à la mamelle ont acquis une physionomie particulière dont l'analogue se retrouve dans certaines conditions de la vie des adultes.

La peau, et surtout celle du visage, perd sa transparence ; elle devient terne sans bouffissure ni amaigrissement ; sa coloration rosée disparaît, et est remplacée par une teinte bistrée : on dirait qu'une couche de matière colorante a été déposée inégalement.

La teinte bistrée manque rarement ; elle varie quant à l'étendue, à l'intensité et à l'époque de son apparition. Tantôt elle occupe presque toute la surface de la peau, mais alors même elle se prononce davantage dans ses lieux d'élection ; tantôt elle réside exclusivement au visage ; tantôt, enfin, quelques points de la face, presque toujours les mêmes, en sont seuls affectés. En général, plus la teinte est diffuse, moins elle est fortement accusée. On la constate surtout au bas du front, sur le nez, sur les paupières, et sur la partie la plus saillante des joues ; les portions plus profondes, comme l'angle interne de l'orbite, le creux de la joue et celui qui sépare la lèvre inférieure du menton, en sont presque toujours préservés. On ne saurait cependant lui assigner de limites exactement régulières. Ainsi on la voit siéger exclusivement au pourtour de la bouche, sur l'éminence du menton, à la racine du nez, sur l'arcade sourcilière, affectant d'ailleurs de préférence, comme nous l'avons dit, les parties saillantes du visage.

Dans tous les cas, et lors même que la coloration spécifique est restreinte à une très-petite étendue, le reste de la peau y participe à quelque degré ; l'enfant devient pâle, blafard. Hunter et tous les anciens médecins ont noté un semblable phénomène dans la syphilis constitutionnelle des adultes ; mais tandis que, chez les individus plus âgés, la teinte jaune manque souvent ou est trop

peu accusée pour éclairer le médecin, chez les enfants à la mamelle, elle constitue, suivant nous, un signe précieux, et sur lequel nous n'hésiterions pas à affirmer l'infection vénérienne.

Son intensité est quelquefois si grande, qu'on pourrait comparer la couleur de certaines parties à celle des éphélides ; le plus ordinairement, elle est beaucoup moindre, et n'attirerait pas l'attention s'il ne s'y joignait une matité profonde de la peau, et si elle n'était inégalement répandue.

Le moment de son apparition et l'intervalle de temps pendant lequel elle s'accroît, jusqu'à ce qu'elle ait atteint son maximum, sont très-variables.

Sa place est marquée parmi les premiers des accidents secondaires, au même rang que le coryza et la roséole. Les renseignements fournis par la mère sont souvent infidèles, parce qu'elle ne s'en est aperçue qu'à une époque déjà avancée. La teinte bistrée, en effet, est précédée d'une pâleur générale qui rend son apparition moins sensible ; elle s'accroît avec une certaine lenteur ; son développement dure au moins une semaine. On verra, à l'occasion du traitement, avec quelle rapidité elle se dissipe.

Nous avons exposé avec détail les deux phénomènes qui précèdent, parce qu'ils sont pour nous d'une extrême importance, qu'ils se montrent des premiers ; qu'ils sont nettement définis, et aussi pour ne pas scinder ce que nous avons à dire des éruptions cutanées, sujet difficile auquel on ne saurait consacrer trop de développement, et où il importe, faute d'unité dans les symptômes, d'apporter au moins l'unité de la description.

Presque tous les types d'affections cutanées sont représentés dans les syphilides des enfants aussi bien que dans celles des adultes. Cependant, de ces lésions qui pour nous sont des symptômes, les unes sont rares, insuffisantes pour le diagnostic ; seules, elles n'autoriseraient jamais un médecin prudent à affirmer la spécificité de la maladie. Les autres se montrent fréquemment, affectent des formes déterminées ou déterminables, siégent aux mêmes lieux anatomiques, et, si elles ne suffisent au diagnostic, donnent au moins matière à de justes présomptions. Ces dernières méritent un sérieux examen, peut-être même sont-elles les seules qu'il importe de rappeler au médecin. En effet, de leur fréquence même il résulte qu'elles accompagnent presque toujours, qu'elles précèdent le plus souvent les exanthèmes moins caractérisés, et fournissent seules les indications du traitement.

Après avoir examiné un grand nombre d'enfants syphilitiques, et quelque habitude que nous ait donnée l'expérience, nous ne craignons pas de dire que certaines éruptions, si elles se mon-

traient séparées de leurs congénères, nous laisseraient des doutes insolubles; et cependant, il n'est peut-être pas un nouveau-né, affecté d'accidents secondaires, sur la maladie duquel nous hésitions à nous prononcer. C'est qu'à côté des lésions indécises, il s'en trouve de mieux accusées qui portent avec elles le cachet de l'infection vénérienne.

Les plus grandes obscurités, et chacun sait celles qui règnent encore aujourd'hui dans l'histoire des syphilides, viennent de ce qu'on a voulu trouver des caractères distinctifs où l'observation n'en signale pas. Or, il ne s'agit pas, et nous ne saurions trop le redire, étant donnée une altération de la peau, de l'incorporer dans son genre comme une espèce naturelle, mais de déclarer si un enfant qui porte toujours un certain nombre de ces espèces est ou non atteint de vérole. Le traitement est uniforme pour toutes les variétés; par conséquent, le diagnostic, qui n'est que l'introduction au traitement, n'a pas besoin d'être complexe.

En se renfermant dans ces termes, la première question est celle-ci : Existe-t-il des signes généraux qui permettent d'affirmer la nature spéciale d'une éruption quelconque? La couleur cuivrée, brunâtre des taches, la teinte sombre des croûtes qui se développent, la disposition circulaire, qu'on a données comme des caractères distinctifs chez l'adulte, se rencontrent-elles également chez l'enfant nouveau-né?

Quelquefois très-manifeste, la coloration des taches est souvent peu prononcée : dans certains cas, elle n'offre rien de spécial. En général, on peut dire que les enfants vigoureux, bien nourris, qui, malgré l'infection, ont conservé une santé florissante, sont ceux où la teinte cuivrée est la moins apparente; souvent aussi ceux-là n'ont pas le visage *enfumé* qui semble appartenir à un même ordre d'altérations. Certaines formes de l'éruption secondaire ne sont presque jamais cuivrées : ainsi les pustules plates, les tubercules muqueux des environs de l'anus; d'autres présentent ordinairement cet aspect à un haut degré. Nous avons parlé longuement de la teinte générale que prend la peau des nouveau-nés sous l'influence de la syphilis; nous avons montré comment cette coloration diffuse devenait plus foncée par places, et combien elle était alors significative. A une époque encore plus avancée de la maladie, l'épiderme qui recouvre les taches bistrées se détache par squammes furfuracées, et cet état correspond à la teinte la plus sombre. Aucune affection de la peau, chez les très-jeunes enfants, ne s'observe avec la même couleur ou sous les mêmes apparences.

Les ulcérations des membranes muqueuses, celles des fosses

nasales en particulier, sont fauves et assez foncées pour qu'on ne puisse les confondre avec les lésions non spécifiques. Malheureusement leur nature n'est démontrée que par les autopsies. Les ulcérations de la gorge, du voile du palais, de la cavité buccale, sont seulement rouges ou blanchâtres.

Lorsque des croûtes plus ou moins épaisses viennent à se former sur des ulcérations syphilitiques de la peau, elles sont en général brunes, parfois noirâtres. Peut-être peut-on s'en rendre compte par la marche de la maladie. Les ulcérations vénériennes des jeunes enfants sont presque toujours saignantes ; on a vu le coryza provoquer des épistaxis ; on voit de même, quoique moins abondamment, une sanie sanglante s'écouler des autres surfaces ulcérées. N'est-ce pas au mélange constant ou en quantité variable de sang avec les produits des surfaces ulcérées qu'il convient de rapporter cette coloration.

La teinte cuivrée n'est pas également sensible à toutes les époques du développement ou de la décroissance des accidents secondaires. On sait que, pour les adultes, elle se prononce davantage à mesure que les cicatrices remplacent les ulcérations, ou que les taches érythémateuses disparaissent. Il n'en est pas de même chez les enfants : les cicatrices qui succèdent aux éruptions de toute nature sont rouges-violacées, mais prennent rarement la couleur ocreuse. Leur teinte livide est d'ailleurs assez marquée, assez spéciale même pour qu'on puisse la ranger parmi les caractères distinctifs. En général, elle persiste longtemps, dure des semaines entières, et succède même aux érythèmes. On voit alors la peau marbrée, vergetée comme durant les grands froids, non-seulement après la disparition, mais même avant la venue des phénomènes secondaires.

Tels sont les indices vagues dans un grand nombre de cas, précis dans certains autres, qu'on peut tirer de la couleur de la peau. La disposition circulaire des éruptions n'offre rien qui mérite d'être mentionné.

Parmi les lésions cutanées auxquelles les enfants sont sujets, deux surtout doivent attirer l'attention du médecin, à cause de leur fréquence et de leur régularité : ce sont les fissures et les altérations remarquables des pieds et des mains. Viennent ensuite les syphilides proprement dites, qui coïncident habituellement avec les symptômes dont nous venons de parler.

Aux points où la membrane muqueuse du canal digestif se continue avec la peau, à l'orifice de la bouche comme à celui du rectum, on observe des fissures plus ou moins rapprochées, et qui rayonnent en suivant la disposition des plis naturels de la mem-

brane. Ces stries vont en diminuant de profondeur, et par suite de largeur, à mesure qu'on s'éloigne de la membrane muqueuse ; leur fond est d'un rouge vif saignant, leurs bords sont comme frangés et bordés d'un liséré irrégulier de sang qui s'y dépose et s'y coagule. De là leur couleur brune assez foncée, qui de loin donne à la bouche un aspect tout particulier. A l'ouverture anale, les fissures semblent creusées moins profondément; elles sont aussi plus pâles et se voient peut-être plus rarement.

Lorsqu'une vésicule ou une pustule s'est développée, comme il arrive si souvent, à l'angle des lèvres, les parties environnantes se fendillent les premières ; autrement, c'est par la ligne médiane inférieure et supérieure, et par les angles qu'elles débutent; c'est là qu'elles se maintiennent avec le plus de persistance.

La cicatrisation est lente à s'opérer, soit que les mouvements de succion viennent l'interrompre, soit que ces lésions participent du peu de tendance à la curabilité que présentent les ulcérations vénériennes; quelquefois le fond devient comme fongueux, la marge s'épaissit, se relève et laisse voir à nu un tissu mou, saignant, rarement violacé.

Les fissures des lèvres accompagnent presque toujours des éruptions vésiculeuses ou pustuleuses situées dans le voisinage; elles apparaissent plus tard que le coryza, en même temps que la teinte bistrée du visage, ou même auparavant. Lorsqu'une pustule lui a donné naissance, la fissure favorise son accroissement et prépare en quelque sorte la voie à une ulcération plus étendue et plus profonde.

Ces accidents ne manquent pas de gravité; ils occasionnent aux enfants de vives douleurs qui les empêchent de teter, quelques-uns refusent même le sein. Le coryza, en rendant la respiration laborieuse, ajoute encore une nouvelle difficulté. L'enfant se nourrit peu ou se nourrit mal, et la cachexie à laquelle l'infection vénérienne l'avait prédisposé s'augmente par le défaut d'une alimentation réparatrice. Souvent on voit alors le muguet, suite d'une mauvaise nourriture, envahir la membrane muqueuse de la bouche, et par continuité les ulcérations extérieures.

Une question grave, mais que nous devons nous contenter d'énoncer pour ne pas dépasser les limites d'une simple description, se rattache encore à la présence des fissures des lèvres. N'existe-t-il pas des observations d'où on serait porté à conclure que ces lésions locales se transmettent à la nourrice par l'inoculation la plus directe et entraînent chez elle des altérations du même ordre, quelquefois assez intenses pour détacher le bout du mamelon ?

Les pieds et les mains sont également le siége de désordres caractéristiques ; soit qu'il faille l'attribuer à la nature des tissus affectés, soit qu'on doive le rapporter à toute autre cause, les éruptions secondaires y revêtent des formes distinctes.

On ne saurait attacher trop d'importance à signaler les lieux d'élection des syphilides. Souvent, en effet, des symptômes, insuffisants partout ailleurs, deviennent significatifs en raison des organes où ils se produisent. C'est ainsi que les affections squammeuses, observées sur la face ou sur le tronc, ne permettraient pas de préjuger l'infection vénérienne ; tandis qu'à la paume des mains, à la plante des pieds, elles sont des indices rarement infidèles. Une autre circonstance impose encore l'obligation d'étudier isolément les accidents qui surviennent aux extrémités des membres. Ils ont là un aspect particulier, et leurs phases ne suivant pas les règles ordinaires, il serait impossible de les faire rentrer dans une description générale. La syphilis d'ailleurs n'est pas la seule maladie des enfants nouveau-nés, où l'état des pieds et des mains fournisse de précieux renseigements.

On doit distinguer, dans le développement de ces altérations locales, deux périodes d'une durée indéterminée, mais dont l'une, et c'est la première, peut être si courte qu'elle échappe presque à l'observateur.

D'abord la peau qui revêt la paume des mains et la plante des pieds est rugueuse ; elle s'épaissit notablement, se ride et ressemble assez exactement à celle des femmes qui lavent le linge dans de fortes solutions de potasse. En même temps, ces parties se tuméfient et deviennent plus ou moins rouges ; d'autres fois, au lieu d'une rougeur même légère, les surfaces palmaires et plantaires sont pâles, jaunâtres ; l'épiderme est durci, son épaississement est alors plus notable, et le derme lui-même paraît participer à l'induration. Dans tous les points qui correspondent aux articulations et par conséquent aux plis naturels de la peau, on voit des fissures profondes ulcérées ou non ; le pli du poignet n'en est pas plus exempt que ceux des phalanges. Le mal reste ainsi stationnaire durant un temps en général assez court : plus tard, des squammes épidermiques peuvent se former et se renouveler ; mais cette forme de psoriasis n'est que passagère. Au bout de quelques jours, les squammes, s'ils s'en était produit, cessent d'être sécrétées ; l'épiderme se détache par plaques, et les surfaces prennent un nouvel aspect qui constitue pour nous le second degré.

Le gonflement a disparu, les doigts et les orteils sont mous ; l'épiderme endurci a été remplacé par un épiderme de nouvelle

formation, si mince qu'on serait au-dessous de la verité en le comparant à la pelure d'oignon. Lorsqu'on presse la peau, on voit se former une infinité de sillons extrêmement rapprochés, comme sur certaines cicatrices récentes ; parfois une partie du membre, le talon, par exemple, reste encore couverte de son enveloppe squammeuse, tandis que le reste en est dépouillé. Qu'ils aient été précédemment pâles ou rouges, les pieds et les mains deviennent invariablement livides sans teinte cuivreuse : c'est surtout à l'extrémité des phalanges, autour des ongles, que la coloration violacée est intense; l'ongle lui-même se ramollit, le tissu sous-jacent est fortement injecté. Il n'est pas rare que de petites ulcérations se développent, que des tournioles occupent un ou deux doigts; mais cette dernière complication n'est pas liée d'une manière intime aux phénomènes précédents; elle s'observe dans beaucoup d'autres circonstances et paraît dépendre surtout de l'état général du sujet.

Qu'on se garde de confondre les derniers symptômes que nous venons de décrire avec d'autres qui appartiennent à des maladies bien différentes du nouveau-né. Doublet, qui a indiqué plutôt que décrit ce qu'il appelle les *ulcères du talon*, ne nous semble pas avoir saisi la distinction que nous tenons à établir. La diarrhée, et surtout la diarrhée lientérique des enfants du premier âge, s'accompagne souvent, comme on le sait, de muguet ; mais un phénomène moins connu peut-être, quoique aussi fréquent, c'est l'apparition simultanée d'un érythème des fesses et des pieds. La peau du talon s'exfolie, l'épiderme est remplacé par une membrane de formation nouvelle, mince, lisse ; le derme subjacent est rouge. A ne juger que par ces signes, la confusion serait possible ; elle cesse de l'être lorsqu'on met en parallèle la coloration violacée des syphilides, au lieu d'une couleur vive et franchement rouge ; l'étendue des altérations qui, d'un côté, n'occupent guère que le talon et les malléoles, et qui, de l'autre, s'étalent surtout à la face plantaire ; la dureté et l'épaississement épidermiques, symptômes exclusivement vénériens ; enfin l'état général, qui, fâcheux des deux parts, ne correspond pas à la même forme de cachexie : la concomitance des autres accidents spécifiques que nous avons signalés suffirait d'ailleurs pour lever tous les doutes. L'état particulier des pieds et des mains fournit, lorsqu'il existe, un document d'une grande importance ; mais il ne se présente pas avec la même fréquence que le coryza, la teinte bistrée, et les fissures des lèvres. Nous l'avons observé une fois sur cinq environ. Cependant nous devons faire ici une réserve qu'apprécieront les médecins habitués à l'examen consciencieux des ma-

lades. Parmi les nombreuses observations que nous avons recueillies, les premières sont celles où le phénomène est mentionné le plus rarement. Peut-être est-ce que, n'estimant pas cet accident à sa juste valeur, ou plutôt ne l'ayant pas vu assez de fois pour le prévoir, nous ne l'avons noté que dans ses formes graves et saisissantes. La médecine des enfants a cette exigence que, le malade ne rendant pas compte de sa sensation, il faut que le médecin sache à l'avance tous les cas possibles et les passe en revue. Autrement, beaucoup de lésions légères lui échappent, et personne n'est là qui puisse rectifier ou compléter son observation. Toujours est-il que, chez les dix enfants syphilitiques observés depuis que notre attention avait été éveillée, les altération des pieds et des mains sont dans la proportion de moitié.

Ce qu'il nous reste à exposer des syphilides proprement dites exige moins de développement. Les nouveau-nés sont sujets à presque tous les accidents qui frappent les adultes; les éruptions se présentent avec des formes analogues : il serait donc au moins inutile d'insister ici sur des détails qu'on trouvera consignés dans tous les auteurs. Nous nous contenterons d'indiquer les différences qui séparent la syphilis constitutionnelle des enfants de celle des individus plus avancés en âge.

La roséole syphilitique, par l'ordre de son apparition, doit tenir le premier rang parmi les syphilides des nouveau-nés; elle se montre ordinairement au début des accidents secondaires, plus ou moins confluente, plus ou moins disséminée. Presque toujours générale, la roséole commence par occuper une surface peu considérable; elle s'étend de là, et envahit le reste de la peau. Les membres et surtout les membres inférieurs en sont d'abord atteints ; quoiqu'elle appartienne aux symptômes initiaux , elle paraît bien rarement avant le coryza.

On ne saurait mieux comparer ces macules, pour leur forme et leur disposition, qu'à celles de la rougeole ; mais elles en diffèrent essentiellement quant aux autres caractères : saillante sans induration, d'autres fois sans élevure notable, l'éruption est d'un rouge plus ou moins foncé, souvent sombre et cuivreux. Lorsque les taches dépassent le niveau de la peau, elles prennent un aspect velouté.

L'éruption se fait rapidement : nous l'avons vue naître et couvrir tout le corps dans l'espace d'une nuit ; elle s'efface avec une rapidité presque égale, dans certaines circonstances, pour reparaître après. On observe jusqu'à deux ou trois de ces guérisons et de ces récidives, quoique cependant telle ne soit pas la marche la plus commune. Chez la plupart des enfants, quelques taches

éparses se montrent d'abord, leur nombre s'accroît en même temps que leur contour s'amplifie et se déforme. La période d'augment est de deux à quatre jours; celle de l'efflorescence complète dure, autant qu'on peut l'estimer, le même espace de temps. Alors les macules les moins prononcées disparaissent; les autres, si elles étaient cuivrées, gardent leur coloration, ou prennent cette teinte violette qui succède, comme nous en avons déjà fait la remarque, à la plupart des éruptions syphilitiques des nouveau-nés.

La roséole n'a aucune gravité, et c'est peut-être de tous les accidents le plus fugace; mais on doit se souvenir qu'elle devance des lésions plus graves. La transformation des macules en pustules, et plus tard en ulcérations persistantes, est un fait facile à constater. Ajoutons que jamais, et quelque rapidité qu'on eût mise au traitement, la roséole syphilitique n'a été le seul symptôme qui manifestât l'infection. On peut donc, sans crainte d'erreur, prédire, une fois qu'on l'a reconnue, l'apparition prochaine d'une affection moins bénigne. D'ailleurs, c'est par exception que la roséole accomplit toutes ses phases avant que des altérations profondes viennent confirmer le diagnostic.

Les syphilides pustuleuses, le psoriasis, et les tubercules plats, qu'on désigne aussi sous le nom de *pustules plates*, sont plus fréquents que l'exanthème dont nous venons d'indiquer les traits distinctifs. Nous examinerons successivement leur forme, leur marche, leurs lieux d'élection, et les traces qu'ils laissent même après la guérison.

Qu'elles débutent par des vésicules ou des pustules, les éruptions secondaires des nouveau-nés se recouvrent bientôt de croûtes épaisses, brunes, et dont la couleur nous semble devoir être rapportée au mélange d'un peu de sang avec les matières sécrétées. Les pustules sont rarement épaisses; le plus souvent agglomérées, elles affectent dans leur arrangement des formes variables, suivant les points où elles se réunissent. La disposition circulaire n'est pas assez prédominante pour qu'on en fasse un signe distinctif. Lorsque les boutons se développent en grand nombre, la partie qu'ils occupent est tuméfiée; le gonflement est parfois assez considérable, rarement il s'étend au loin; les enfants n'éprouvent pas des démangeaisons vives.

On doit, pour apprécier ces lésions à leur juste valeur, tenir compte du lieu où elles se produisent. C'est, en effet, par les phases qu'elles parcourent et par les points qu'elles envahissent, que les éruptions syphilitiques diffèrent surtout de celles qui ne reconnaissent pas la même cause.

Dans certaines circonstances dont l'explication manque et que l'expérience nous enseigne, les maladies *gourmeuses* non spécifiques se groupent autour des membranes muqueuses partout où elles se continuent avec la peau. Les lèvres, les bords des paupières, l'orifice du nez, le conduit externe des paupières, les bords des grandes lèvres, sont alors leur siége d'élection. Les syphilides vésiculeuses et pustuleuses ne présentent rien de particulier sous ce rapport ; on les voit affecter les mêmes parties. Mais il est des points où les éruptions simples sont rares, et que les éruptions secondaires atteignent souvent : tels sont le menton et l'arcade sourcilière. L'accumulation de croûtes brunes, dessinant des sourcils et se rejoignant à la naissance du nez, imprime à la physionomie des petits malades un aspect singulier et repoussant.

Dans d'autres cas, elles se groupent autour d'une ulcération, d'un tubercule plat, dont la présence aide à caractériser la maladie ; quelquefois elles se répandent sur la presque totalité du corps, à la façon de ces eczémas si abondants qu'on observe chez les nouveau-nés.

Il n'est pas douteux que les éruptions secondaires pustuleuses ou vésiculeuses se compliquent, dans un certain nombre de cas, d'exanthèmes analogues, mais d'origine différente. L'ecthyma syphilitique n'exclut pas l'ecthyma ou l'eczéma simple. La distinction des deux ordres d'altérations ainsi réunies demande une grande habitude, car les caractères différentiels sont à peine susceptibles d'être décrits. La présence des accidents que nous avons signalés comme fournissant la preuve irrécusable de l'infection syphilitique ne saurait ici éclairer la question. La vérole constitutionnelle est admise et reconnue ; mais il faut faire le départ de l'affection cutanée et ne rapporter à cette origine que ce qui en découle réellement.

Il importerait cependant de discerner les éruptions simples de celles qui reconnaissent une cause spécifique. Comme la durée du traitement n'est pas absolue, que la diminution ou la cessation des désordres en fournit seule la mesure, on risque de prolonger, faute d'un diagnostic suffisant, un remède que les enfants supportent toujours avec peine. Malheureusement nous ne pouvons qu'en appeler à la sagacité du médecin, les caractères étant vagues, et se tirant surtout de conditions individuelles qui échappent à la description.

Les tubercules plats n'offrent pas les mêmes difficultés ; ils appartiennent en propre à la syphilis secondaire, et revêtent, chez les nouveau-nés, la forme qu'on les voit affecter chez les adultes. Leur siége ordinaire est autour de l'anus ; mais ils peuvent exis-

ter sur presque tous les points de la surface du corps. On les rencontre partout où un repli de la peau favorise les dépôts de matières irritantes. Les bords des grandes lèvres ou le scrotum, suivant le sexe, en sont souvent atteints ; on les voit plus rarement dans l'intérieur de la cavité buccale, et les enfants, sous ce rapport, diffèrent beaucoup des adultes. Une fois seulement, nous avons observé une de ces pustules muqueuses qui occupait le bord de la langue près de sa pointe.

Le tubercule plat ne présente dans son évolution rien de particulier ; il s'ulcère rapidement. Lorsque la maladie tend à la guérison, la base indurée devient moins résistante ; les bords de l'ulcère s'abaissent et forment une sorte de bourrelet circulaire, en même temps que le fond de la plaie se couvre de bourgeons charnus. A la période d'état, les surfaces ulcérées sont rougeâtres, plus souvent grises que cuivrées, et leurs cicatrices sont colorées en violet plus ou moins foncé.

Ou le tubercule se développe spontanément dans un point où la peau était saine, ou il succède à une tache d'érythème, à des squammes de psoriasis. Son origine ne paraît influer en rien sur le mode de son développement. Il acquiert des dimensions très-variables, soit en largeur, soit en épaisseur, et peut excéder le diamètre d'une pièce de 1 franc.

D'autres syphilides prennent la forme de *nodus* tuberculeux. Celles-là sont saillantes, arrondies, et beaucoup moins sujettes à s'ulcérer ; on les observe surtout au menton et sur les fesses.

Les squammes de psoriasis sont peut-être moins communes ; il est cependant une circonstance où elles se lient d'une manière intime à des lésions importantes et sur lesquelles nous avons insisté. La teinte bistrée de la face est, on se le rappelle, un des indices les moins douteux de la syphilis. Lorsqu'elle est étendue, peu foncée, elle disparaît comme elle est venue sans subir de métamorphose ; lorsque, au contraire, la coloration s'est prononcée davantage sur quelques points, lorsqu'elle a formé de ces taches sombres que nous comparions aux éphélides, la macule finit par se recouvrir de squammes épidermiques qui se détachent et se renouvellent plus ou moins longtemps. Cette forme de psoriasis, ordinairement circonscrite au visage, est médiocrement persistante et peut servir de passage à d'autres altérations cutanées.

Le dernier symptôme sur lequel nous ayons à appeler l'attention mériterait, à ne considérer que sa fréquence, d'être placé au premier rang. Nous l'avons réservé, parce que, étant des plus tenaces, il laisse des traces évidentes alors même que les autres

ont disparu : nous voulons parler des ulcérations de la peau. Ces ulcérations sont un des traits les plus significatifs de la vérole constitutionnelle confirmée ; mais, s'il est facile de constater leur présence, il l'est beaucoup moins de suivre leur génération.

Soit, et c'est le cas le plus rare, que des affections vésiculeuses, squammeuses, pustuleuses, les aient précédées, soit qu'elles succèdent à une usure lente, à un soulèvement de l'épiderme, les ulcérations des nouveau-nés sont de deux sortes : ou elles se réduisent à de simples érosions, ou elles gagnent davantage en profondeur, et constituent de véritables ulcères.

Le siége qu'elles occupent varie peu, et, sous ce rapport, les enfants syphilitiques rentrent dans les règles communes. Toutes les fois qu'un enfant du premier âge manque des soins de propreté qui lui sont indispensables, s'il est enveloppé dans des langes d'étoffes grossières, si sa peau reste en contact prolongé avec les urines ou les excréments, l'épiderme s'altère, se détache aux points où le contact des matières irritantes est le plus prolongé. Ainsi, les fesses, le scrotum, les replis des grandes lèvres chez les filles, le pli de l'aine, celui du jarret, les talons, sont les premiers affectés. Chez un nouveau-né parfaitement sain, l'inflammation légère qui en résulte guérit d'elle-même et assez vite ; sous l'influence de la syphilis, elle donne naissance à des ulcérations durables.

Malgré les soins les mieux entendus, les enfants gras sont sujets aux mêmes accidents partout où les replis cutanés sont profonds, où il s'exerce un frottement continu des surfaces ; une irritation locale se produit : on dit alors qu'ils *se coupent*. Chacune de ces fissures peut devenir l'occasion d'un ulcère : nous avons déjà vu combien souvent les fissures des lèvres exposent au même danger.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

18. *Mémoire sur le traitement de la blenno-uréthrite ;* par le docteur Isidore Poullain, chirurgien-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Lyon, membre correspondant de la Société de médecine de la même ville.

(Journal de Médecine de Lyon, novembre 1847.)

Une blennorrhagie (gonorrhée, vulgairement chaude-pisse) n'est autre chose qu'une inflammation d'une partie de la membrane muqueuse du canal de l'urèthre, mais une inflammation *spécifique sui generis*, je ne dis pas *syphilitique*, et dont la durée sera toujours très-longue et indéterminée, si l'on ne se hâte d'en changer la nature en la ramenant promptement à son type normal d'inflammation franche.

Si, au lieu de cette inflammation spécifique qui m'a été communiquée par le contact de la matière blennorrhagique sur un des points du canal de l'urèthre, et que je puis à mon tour communiquer, je m'en donne *une artificielle* en m'irritant ce même canal par un moyen mécanique quelconque, ou bien encore en m'ingérant une grande quantité de bière, cette blennorrhagie artificielle pourra présenter, en apparence, tous les caractères de la première, mais sa nature ne sera plus la même ; vous pourrez la laisser marcher , elle se tarira en fort peu de jours à l'aide des adoucissants, souvent même sans rien faire, tandis que l'autre *s'éternisera* pour peu que l'on reste spectateur inactif de ses progrès.

Voilà donc deux inflammations bien distinctes : l'une que j'appellerai *anormale* , l'autre *normale* ; la première constituera la blennorrhagie ou la *blenno-uréthrite* (1), la seconde ne sera que la simple uréthrite.

L'uréthrite, en effet, comme son nom l'indique, suppose une inflammation *franche* de l'urèthre, et rien de plus; la blenno-uréthrite, au contraire, une inflammation *spécifique*, ce qui est bien différent par rapport au traitement qui doit être employé dans l'un et l'autre cas.

Dans la simple uréthrite, vous ne devez avoir en vue que l'inflammation de la muqueuse uréthrale seulement qui la constitue, et qui cédera toujours aux antiphlogistiques, souvent même aux simples adoucissants. Dans la blenno-uréthrite, au contraire, c'est moins l'inflammation qui doit vous occuper que sa *spécificité* ou sa *virulence*. Vous pourrez également la combattre par les antiphlogistiques ; mais ces moyens ne suffiront pas à eux seuls (sauf quelques exceptions) pour en arrêter la marche ; l'écoulement continuera, et les malades en auront pour des mois, quelquefois même pour des années avant de guérir. Il n'en sera pas de même si, dès le début, vous *dénaturez* cette même inflammation en la ramenant le plus promptement possible à son *type normal*, ou, en d'autres termes, si vous convertissez la blenno-uréthrite en simple uréthrite. Tel est, selon moi, le but qu'on doit constamment se proposer dans tout écoulement qui est la suite d'un coït impur ou le résultat de l'inoculation de la matière blennorrhagique sur un des points du canal.

Quant à l'uréthrite, c'est à peine si nous devons nous en occuper ; car, bien qu'on cite des exemples d'écoulements sur-

(1) Le mot *blennorrhagie* excluant toute idée d'inflammation, j'ai pensé qu'on pourrait avantageusement le remplacer par celui de *blenno-uréthrite*, qui me paraît plus approprié à la nature de la maladie.

venus à la suite des plaisirs de l'amour, de l'usage immodéré de la bière, et sous l'influence d'agents internes et externes étrangers à l'inoculation, ces cas n'en sont pas moins très-rares et ne réclament pour ainsi dire pas de traitement. Il en est de même de ceux que l'on contracte avec une femme *malpropre*, ou bien encore avec celle atteinte de fleurs blanches. Je dois dire cependant que ces derniers écoulements, que l'on pourrait appeler *leucorrhéïques*, sont quelquefois très-tenaces et très-difficiles à guérir; que l'inflammation qui les détermine a quelque chose de *spécifique* ou d'*anormal*, et qu'on a souvent besoin d'en changer la nature pour en tarir la source. Le même traitement leur sera donc applicable, et c'est de ce traitement que j'ai maintenant à m'occuper. Mais avant je dois entrer dans quelques détails qui se rattachent au sujet que je traite, et qu'on ne trouvera sans doute pas inutiles.

On a cru pendant longtemps qu'il était aussi imprudent que dangereux de supprimer *trop vite* une blenno-uréthrite, et quelques praticiens, d'ailleurs très-recommandables, persistent encore dans ce sentiment, persuadés qu'ils sont que la suppression subite d'un écoulement blennorrhéique peut donner lieu à une foule d'accidents consécutifs plus ou moins graves. Cet écoulement, selon eux, est une crise favorable qui entraîne la matière morbifique au dehors, et qui met ainsi le malade à l'abri de l'infection générale : plus une blenno-uréthrite *aura coulé*, moins, par conséquent, celui qui en a été atteint courra de chances pour l'avenir.

Cette opinion serait admissible jusqu'à un certain point, si le virus de la blenno-uréthrite était identique au virus de la syphilis ; mais, outre que le contraire est prouvé par l'*inoculation*, il l'est aussi par les faits qui ne sont nullement en harmonie avec une pareille théorie. Aussi doit-on regretter qu'un écrivain aussi consciencieux que M. Baumès ait imprimé, dans un livre rempli d'ailleurs d'excellentes vues pratiques, « que lorsque, par une « injection extrêmement violente, on est parvenu à arrêter brus- « quement un écoulement qui s'est montré contagieux, des « symptômes constitutionnels, tels qu'ulcères à la gorge, syphi- « lides bien caractérisées, se sont montrés. » Voilà ce que je n'ai jamais vu sur plus de 1,200 malades que j'ai traités pendant quinze ans par la méthode *abortive*, et M. Baumès avoue lui-même « que cela ne se voit que dans un tout petit nombre de « cas. » J'affirme de nouveau que je ne l'ai jamais vu. On m'objectera sans doute, comme à M. Ricord, que j'ai perdu tous ces malades de vue, et que je ne puis savoir au juste ce qui s'est passé

chez eux. Je répondrai à cela que depuis près de six ans que je suis chargé, à l'hôpital militaire de Lyon, du service des vénériens, j'ai eu l'occasion de traiter 200 autres malades atteints de blenno-uréthrite ; que beaucoup de ces malades, dont je pourrais au besoin dire les noms, font encore partie de la garnison, et que pas *un*, jusqu'à ce jour, n'est entré dans mon service avec des symptômes de syphilis constitutionnelle.

Je n'ignore pas que les auteurs citent, à l'appui de l'opinion que je combats, plusieurs observations de syphilides bien constatées survenues à la suite de simples blennorrhagies ; mais ces observations ne sont nullement concluantes pour moi, et, sans vouloir en contester l'authenticité, je puis du moins émettre quelques doutes sur leur exactitude. Qui vous dit, en effet, que chez tous ces malades atteints de blenno-uréthrite, et plus tard de symptômes vénériens consécutifs, il n'existait pas en même temps *un chancre dans l'urèthre?* C'est l'opinion de M. Ricord; c'est aussi la mienne. M. Baumès ne la partage pas : « Qu'on « m'explique, dit-il, en vertu de quelle puissance le pus chan- « creux a pu, dans un coït infectant, parcourir inoffensivement « toute la longueur du canal pour aller s'arrêter, se nicher en « quelque sorte sur la portion prostatique du même canal? » Personne, il me semble, n'était plus à même que M. Baumès de répondre à cette question, car voici ce qu'il dit au sujet de la blennorrhagie sèche et de son siége le plus ordinaire : « C'est « alors dans *une partie plus ou moins profonde du canal de l'urèthre* « que va plus fortement retentir l'impression due à la matière « blennorrhagique mise en contact avec l'ouverture antérieure « de la muqueuse uréthrale. » Si la matière blennorrhagique se comporte ainsi, pourquoi n'en serait-il pas de même de *la matière chancreuse*, dont la nature, suivant l'auteur, est à peu près la même? Et pourquoi *l'impression de cette matière chancreuse*, mise en contact avec l'orifice de l'urèthre, n'irait-elle pas *retentir* comme *l'autre* dans une partie plus ou moins profonde du canal? Ou l'explication que M. Baumès donne du transport de la matière blennorrhagique est fausse, ou bien cette même explication est applicable au transport de la matière chancreuse, et suffisante par conséquent, pour rendre compte de la formation et de l'existence du *chancre uréthral*. Mais, quand bien même l'inoculation d'un pareil ulcère serait inexplicable, son existence ou sa *possibilité* n'en seraient pas moins pour moi un fait avéré, et je vais en donner des preuves.

Un soldat du 33me régiment de ligne entra dans mon service pour une blenno-uréthrite dont l'invasion remontait à six se-

maines, et qu'on avait déjà traitée inutilement pendant quinze jours à l'infirmerie du corps. Je le traitai de nouveau, pendant un mois, à l'hôpital ; mais tous les moyens que j'employai échouèrent, et l'écoulement persista. Fort peu de temps après, ce malade (non guéri de sa blennorrhagie) fut emporté par une fièvre *typhoïde*. Je l'ouvris, et l'examen du canal de l'urèthre me mit à même de constater l'existence d'un *chancre* des mieux caractérisés, situé à 2 ou 3 centimètres environ en arrière de la fosse naviculaire, et dont je n'avais pas même soupçonné l'existence. Ce fait n'a pas besoin de commentaires. En voici d'autres non moins concluants, et qui méritent également d'être signalés. Sur 23 malades qui sont morts à l'hôpital militaire de Lyon, dans le service des fiévreux, et qui avaient été antérieurement dans le mien pour diverses affections vénériennes, deux m'offrirent dans le canal de l'urèthre, et à 8 centimètres environ de profondeur, des cicatrices non équivoques d'*ulcères vénériens*, cicatrices en tout semblables à celles qui se voyaient sur le gland d'un de ces malades. Ces deux militaires, comme j'ai pu m'en assurer sur mes cahiers de visite, étaient entrés à l'hôpital pour des blennorrhagies; mais l'un d'eux avait de plus un chancre sur le gland.

Il est donc impossible, d'après cela, de nier l'existence du chancre *larvé*, comme l'appelle M. Ricord, et je ne vois réellement pas pourquoi l'inoculation de la matière *chancreuse* dans l'urèthre serait plus difficile à admettre que celle de la matière *blennorrhagique*. Sans doute que cette inoculation présente plus de difficultés dans un cas que dans l'autre; mais cela ne veut pas dire qu'elle soit impossible, et la chose n'arrivât-elle qu'une fois sur cent ou sur mille, elle n'en serait pas moins possible et vraie pour tout le monde.

Concluons de tout ce qui précède que les observations qu'on nous a données de syphilis constitutionnelle, suite de blennorrhagies, étaient pour la plupart incomplètes; que la blenno-uréthrite seule n'a pu être suivie de tels accidents; qu'il existait en même temps un chancre dans l'intérieur du canal, chancre le plus souvent induré : et tirons-en cette conséquence, que le virus gonorrhéique ne ressemble en rien au virus syphilitique ; que l'action de l'un est toujours locale, tandis que celle de l'autre peut quelquefois, non pas toujours, s'étendre à toute l'économie. Ceci prouvé, je passe à une autre question non moins importante.

Une inflammation aiguë étant donnée, est-il prudent, est-il rationnel de la laisser marcher et de ne pas s'opposer à son passage à l'état chronique ?

Pour qui connaît les lois de l'inflammation, pour qui a étudié

sa marche, ses progrès, sa terminaison et ses résultats, la question ne sera pas un instant douteuse, et celui-là s'empressera de répondre qu'une pareille conduite serait non-seulement irrationnelle, mais encore dangereuse pour le malade, surtout quand on a affaire à une inflammation *spécifique*. S'il en est ainsi de toutes les inflammations, et qu'on doive toujours chercher à s'en rendre maître, je demanderai pourquoi l'on excepterait celle de l'urèthre, qui, par son passage à l'état chronique et sa durée illimitée, peut si souvent compromettre ce canal, et partant l'importante fonction qui lui est dévolue ?

« C'est une loi de l'inflammation des canaux muqueux, » dit Broussais, « que, quand elle devient chronique et qu'elle se per-« pétue, elle ne les parcourt plus dans leur étendue, mais se « circonscrit et se borne à un point qu'elle rétrécit. » — « La « terminaison de la blennorrhagie, » dit un autre auteur, « par le « passage à l'état chronique est très-fréquente ; mais il est rare « qu'en passant à cet état, la phlegmasie ne se concentre pas « sur quelques points isolés où elle forme le noyau de rétré-« cissement ou d'altération (1). »

M. Baumès est tout à fait du même avis, et voici ce qu'il dit au sujet de cette même inflammation uréthrale : « Il arrive à la « muqueuse uréthrale ce qui arrive aux autres muqueuses, et « notamment à la muqueuse gastro-intestinale. Lorsqu'une in-« flammation qui, d'abord à l'*état aigu*, a envahi une plus ou « moins grande étendue de leur surface, passe à l'état chroni-« que, elle se retranche sur quelques points, ou même sur un « seul point peu étendu de la muqueuse affectée. Dans le canal « de l'urèthre, c'est vers le méat urinaire, vers le bulbe, mais « *beaucoup plus souvent, et presque toujours* vers la portion pro-« statique du canal, que cette concentration de la phlegmasie « tend à s'opérer. C'est de là surtout, comme l'expérience me « l'a appris, que viennent les suintements contagieux, suite « d'une blennorrhagie passée depuis plus ou moins de temps à « l'état chronique (2). »

Ici, comme on vient de le voir, c'est à la *chronicité* de l'inflammation uréthrale et à sa concentration sur un des points du canal de l'urèthre que l'auteur attribue les accidents ci-dessus mentionnés. Le moyen alors de les prévenir, si ce n'est d'empêcher cette même inflammation aiguë de devenir chronique !

Mais, dira M. Baumès : « Lorsque les moyens abortifs réus-« sissent, ce que j'ai vu quelquefois, ils laissent presque tou-

(1) Fabre, *Dict. de Méd.*, t. II, p. 60, art. *Blennorrhagie*.
(2) Baumès, ouvr. cité, t. I, p. 391 et 392.

« jours dans le canal de l'urèthre une sensibilité, une irritabilité « extrême, qui peuvent exercer plus tard une influence fâcheuse « sur les fonctions des voies génitales. Il s'établit, en effet, sous « l'influence de ces fâcheuses dispositions, des points d'irrita- « tion, de phlegmasie, plus ou moins latents, plus ou moins opi- « niâtres; phénomènes morbides que l'on a de la peine plus tard « à détruire, et qui ne seraient certainement pas arrivés si l'on « eût laissé l'irritation première *s'épuiser* et *s'éteindre* dans l'é- « coulement (1). » Mais une inflammation qu'on laisse *s'épuiser* et *s'éteindre dans l'écoulement* passe nécessairement à l'*état chronique*, et cet état chronique, que vous redoutiez tant tout à l'heure, sera précisément la *cause de tous ces points d'irritation, de phlegmasie, plus ou moins latents*, que vous mettez maintenant, tout en vous contredisant, sur le compte des *moyens abortifs*. Ces moyens, loin d'avoir un semblable résultat, ont au contraire pour effet constant, comme je le prouverai bientôt, de prévenir ou d'empêcher les diverses altérations pathologiques que vous leur attribuez, et qui sont presque toujours la conséquence inévitable du passage de l'inflammation à l'état chronique. Opposez-vous à ce passage en traitant activement la blenno-uréthrite dès le début, et vous n'aurez rien de semblable à redouter. C'est aussi le but qu'on se propose par la *méthode abortive* ; et si les injections astringentes ou autres qui en font la base n'ont pas toujours réussi, c'est qu'on y avait eu recours *trop tard* et dans une période trop avancée de la maladie.

C'est, en effet, dans la période *aiguë* de la blenno-uréthrite que les injections conviennent et qu'elles doivent être pratiquées; bien rarement dans la période chronique. Le mal est déjà fait à cette époque; et comme la guérison d'une blennorrhagie dépend moins de la suppression de l'écoulement que de la cessation de l'inflammation et de la douleur qui ouvrent la scène, on concevra facilement pourquoi les injections faites *trop tardivement* ont si souvent encouru le blâme de certains praticiens, qui ne se sont pas même donné la peine d'expliquer leur action, et pourquoi aussi on leur a attribué une foule d'accidents qui dépendaient le plus souvent de la longueur de la maladie et de son passage à l'état chronique.

Ce n'est donc pas dans le but de supprimer l'écoulement que vous devez avoir recours aux injections dans le début d'une blenno-uréthrite, mais plutôt dans celui de *dénaturer* l'inflammation *spécifique* qui y donne lieu, et de la ramener le plus tôt possible à son type normal *d'inflammation franche*. Ce but une

(1) Baumès, ouvr. cité, t. I.

fois atteint, ce dont vous vous apercevrez facilement à la cessation de la douleur et des autres symptômes aigus, vous n'aurez plus grand' chose à faire ; l'écoulement se tarira de lui-même en fort peu de temps, et à supposer qu'il persiste, les moyens révulsifs unis aux balsamiques suffiront pour le faire disparaître complétement.

Pour pouvoir se rendre compte des bons effets de la méthode abortive dans la phlegmasie qui nous occupe, il ne faut point oublier que la blenno-uréthrite n'est autre chose qu'une sorte d'*empoisonnement local* dû à l'inoculation d'une matière *virulente* sur un des points du canal de l'urèthre, où elle ne tarde pas à développer une inflammation *spécifique* de même nature, qui demande à être promptement *modifiée*. Vous devez agir alors comme vous agiriez dans toute espèce de plaie *vénéneuse* ; car, bien que la nature du virus blennorrhéique ne soit pas la même, à beaucoup près, que celle du venin de la vipère, par exemple, il n'est pas moins vrai que son action *locale* est à peu près identique, et que la phlegmasie qui résulte de son insertion sur la muqueuse uréthrale a quelque chose de *particulier* qui réclame une méthode curative non moins prompte et non moins énergique. Or, comme je l'ai déjà dit, cette méthode consiste à *dénaturer* cette même phlegmasie et à la ramener le plus tôt possible à son type *normal*. Vous y parviendrez presque toujours à l'aide des injections plus ou moins astringentes et caustiques, et c'est de leur emploi qu'il va maintenant être question.

On a beaucoup blâmé l'usage des injections, et aujourd'hui même encore plusieurs médecins s'obstinent à les bannir de la pratique, sous prétexte qu'elles sont la *cause* éloignée des rétrécissements de l'urèthre et des *suintements* qui surviennent quelquefois à la fin de certaines blennorrhagies. C'est une erreur, et les accidents qu'on leur a reprochés sont plutôt dus aux progrés de l'inflammation uréthrale que vous avez *respectée* qu'à l'emploi des injections, lesquelles ont pour effet *constant* d'arrêter cette phlegmasie et de s'opposer, par conséquent, à ces altérations de tissu qui sont le plus souvent la conséquence de son passage à l'état chronique. Le plus simple raisonnement, à part les faits, suffit pour mettre cette vérité hors de doute. Est-il possible, en effet, de concevoir un rétrécissement de l'urèthre sans une inflammation préalable de sa membrane mnqueuse ? Je ne le pense pas. Si donc vous détruisez cette inflammation, il est de toute évidence que vous empêcherez le rétrécissement d'avoir lieu. Voilà précisément l'effet des injections astringentes et caustiques, et tous ceux qui les ont employées s'empresse-

raient d'en convenir s'ils les avaient faites dès le début, au lieu d'y avoir recours à une époque trop avancée de la blenno-uréthrite. C'est particulièrement dans l'*état aigu* qu'elles ont un succès marqué et incontestable, et je ne saurais trop le répéter. Quant à leur danger, il est nul, selon moi, et loin de prédisposer aux rétrécissements, je puis affirmer qu'elles sont un des meilleurs moyens de les prévenir. Je les ai employées sur des centaines de malades, et je serais fort embarrassé d'en citer un seul qui ait eu à se plaindre de pareils accidents.

Si, comme on le prétend, les injections donnaient lieu aux rétrécissements, ces derniers devraient survenir dans toute la portion du canal que parcourt le liquide injecté, et avoir par conséquent plus de longueur qu'ils n'en ont habituellement. Ce n'est pourtant pas ce que démontre l'anatomie pathologique. Les rétrécissements qu'on rencontre après la mort n'occupent jamais qu'un point *très-restreint* du canal, et sont situés, dans la plupart des cas, à une profondeur à laquelle ne parvient presque jamais l'injection. Consultez d'ailleurs les personnes qui ont des rétrécissements, toutes vous diront qu'elles n'ont jamais fait d'injections, et que c'est à la suite d'un écoulement plus ou moins long, qui a duré des années, qu'elles se sont aperçues que leur canal était rétréci, ou que, si elles en ont fait, ce n'était que *très-tard* et quand elles éprouvaient déjà une difficulté d'uriner.

(La suite à un prochain numéro.)

XII. GÉNÉRALITÉS.

19. *Petit Traité pratique des eaux potables, au point de vue de l'hygiène civile et militaire*, présenté à la Société de médecine de Bordeaux; par M. Julien Jeannel, docteur en médecine.

(Journal de Médecine de Bordeaux, octobre 1847.)

PREMIÈRE PARTIE. — *Examen des caractères physiques et chimiques auxquels on reconnaît l'insalubrité des eaux destinées à la boisson.*

CHAPITRE Ier. — *Exposé préliminaire. — Caractères physiques.* — L'eau est plus ou moins insalubre : lorsqu'elle n'est pas fraîche ; qu'elle n'est pas limpide, et incolore ; lorsqu'elle exhale une odeur quelconque, et que la saveur en est fade, douceâtre, salée ou métallique ; enfin, lorsqu'elle ne contient pas d'air, ni de sels en dissolution, ce qu'on exprime vulgairement en disant qu'elle est lourde.

Caractères chimiques. — L'eau est plus ou moins insalubre : si elle laisse après évaporation un résidu sec pesant plus de 1gr,5 par litre ; si elle précipite par l'acide sulfhydrique ou par le sulfhydrate d'ammoniaque, ce qui indique certains sels vénéneux ; si elle précipite abondamment par le chlorure de baryum (indiquant les sulfates), par l'azotate d'argent (chlorure), par la solution de savon (chaux magnésie), ou enfin par l'ammoniaque liquide (magnésie).

CHAPITRE II. — *Température de l'eau.* — L'eau la plus saine d'ailleurs devient insalubre lorsqu'elle est attiédie pendant les chaleurs d'été. Ce qui la rend fade et désagréable à boire, ce n'est pas seulement une température peu différente de celle des organes, c'est aussi la moindre quantité de gaz qu'elle tient en dissolution, précisément à cause de sa température élevée. Comme elle n'apaise pas l'ardeur de la soif, on se laisse entraîner à en boire de grandes quantités, et bientôt surviennent des sueurs énervantes et des troubles plus ou moins sérieux dans les fonctions digestives. Nous n'hésitons pas à affirmer que l'usage *prolongé* et *excessif* de cette eau contribue au développement des diarrhées, des dyssenteries et des fièvres graves qui apparaissent principalement dans les armées à la fin des étés les plus chauds.

Il faut donc s'opposer à la consommation abusive des eaux affadies par la chaleur.

Mais la température élevée des eaux ne doit jamais constituer un motif de prohibition absolue, elle motive seulement la recommandation de la règle d'hygiène énoncée ci-dessus, et elle exige certains correctifs dont nous aurons à nous occuper plus tard.

Les boissons fraîches et même glacées sont un excellent tonique pendant les grandes chaleurs ; elles empêchent l'exagération de la transpiration cutanée et entretiennent l'activité des fonctions digestives. Nous n'avons pas besoin d'insister sur la nécessité de s'en abstenir rigoureusement lorsque le corps est échauffé par un exercice violent, à moins toutefois que cet exercice ne soit immédiatement continué.

L'abaissement extrême de la température atmosphérique devient surtout mortel pour le soldat en marche, s'il ne trouve, pour se désaltérer, que de la glace ou des eaux glacées. La retraite la plus désastreuse dont l'histoire ait gardé le souvenir nous en offre un exemple qu'on ne peut rappeler sans un amer sentiment de douleur. Alors, en effet, le refroidissement intérieur causé par l'eau glacée diminuait d'une manière funeste le pouvoir de réagir contre le froid atmosphérique.

Aussi pendant les froids excessifs qui menacent directement la

vie, on préférera les eaux de source qui auront le mieux conservé la température moyenne des couches superficielles de la terre ; ou bien l'on fera dégourdir l'eau dont on devra faire usage : il sera sans doute peu nécessaire de conseiller cette précaution à ceux qui pourront faire du feu.

CHAPITRE III. — *Limpidité.* — Les eaux troublées par des matières terreuses ou argileuses, comme celles des rivières pendant les grandes crues, sont désagréables à boire ; elles inspirent du dégoût et sont indigestes. Elles ne doivent jamais être admises pour l'usage ordinaire. Nous espérons démontrer plus loin qu'il est presque toujours facile de les filtrer ; aussi les cas dans lesquels elles pourraient être tolérées nous paraissent-ils fort rares, même pendant la guerre.

Cependant, ce manque de limpidité dont nous parlons n'est pas encore un motif de prohibition absolue, surtout en campagne. Qui se flatterait d'obtenir jamais ni des chefs supérieurs, ni des officiers, ni des soldats, de supporter la soif pendant une demi-heure seulement sur le bord d'un fleuve, fût-il aussi trouble que la Garonne pendant les plus fortes soubernes, et la filtration dût-elle bientôt fournir en abondance les eaux les plus limpides ? On laissera donc les plus pressés étancher leur soif, et l'on s'occupera sur-le-champ d'établir des appareils de filtration, ou si les circonstauces ne permettent pas de s'arrêter assez pour cela, on pourra recourir à l'alunage.

Quand un bivouac s'établit le long d'un faible courant d'eau, nous ne saurions trop attirer l'attention des officiers généraux sur l'avantage qu'ils trouveraient à placer la cavalerie, lorsque cela est possible, en aval du point occupé par l'infanterie. Sans cette précaution, les chevaux venant boire en amont troublent l'eau pour longtemps et la rendent très-mauvaise, pour peu qu'elle coule sur un lit vaseux. De là, pour le fantassin, la nécessité de se contenter d'une eau insalubre, ou bien d'aller s'approvisionner en remontant le courant jusqu'au-dessus du bivouac de la cavalerie.

Il ne faut jamais oublier que l'eau puisée dans les mares, dans les fossés ou dans les ruisseaux, cache souvent des sangsues dont l'introduction dans l'arrière-bouche a quelquefois causé des accidents inquiétants. C'est une nouvelle raison pour recommander la filtration des eaux dont le principal défaut est d'être troubles.

Mais si les eaux sont très-marécageuses, si elles sont troublées par des matières végétales ou animales en décomposition, il faut solliciter les mesures les plus efficaces pour qu'elles soient

prohibées ; car la consommation de ces eaux présente évidemment les plus grands dangers. Les fièvres intermittentes simples, les diarrhées, les dyssenteries, les fièvres pernicieuses, le typhus, suivant l'intensité du principe délétère, et suivant la saison ou l'état sanitaire actuel de la population ou de l'armée, apparaîtront presque infailliblement sous forme d'épidémies meurtrières, si cette règle d'hygiène est négligée. C'est dans le cas surtout où les événements de la guerre obligeraient à tirer parti de ces eaux essentiellement insalubres, que le filtre de campagne que nous proposons dans la seconde partie de ce travail pourrait rendre quelques services.

En résumé, on voit qu'il faut attacher beaucoup d'importance au caractère tiré de la limpidité. Il n'est pas besoin d'ajouter que des eaux très-limpides peuvent néanmoins tenir en dissolution les principes les plus délétères.

CHAPITRE IV. — *Couleur, odeur et saveur.* — Toute eau colorée (1), toute eau qui a une odeur, est une eau minérale ou une eau altérée par des matières organiques, et ne peut être réputée bonne eau potable. (Dupasquier, *Des Eaux de source et des Eaux de rivière.*) L'odeur sulfureuse, ou putride, ou marécageuse, la saveur fade, douceâtre, acerbe, hépatique, ou salée, ou métallique, suffisent pour faire rejeter sévèrement les eaux des usages alimentaires.

L'eau rendue piquante par un excès d'acide carbonique, comme l'eau de Seltz, peut être bue non-seulement sans inconvénient, mais encore avec avantage ; et cette eau, fût-elle un peu ferrugineuse comme celle de Contrexeville et même de Spa, pourrait encore, au besoin, servir de boisson passagèrement.

Il ne faut pas oublier que l'absence de saveur et d'odeur ne constitue pas un caractère décisif, mais une présomption nouvelle de salubrité.

CHAPITRE V. — *Pas d'air en dissolution.* — L'eau provenant de la fonte des neiges, et qui n'est que depuis peu de temps à l'état liquide, l'eau bouillie et l'eau distillée, présentent cette cause d'insalubrité qui résulte de l'absence de l'air en dissolution. On la rencontre aussi dans les eaux stagnantes hors du contact de l'air libre, et dans celles des citernes. Ces dernières sont désoxygénées par suite de la décomposition lente des faibles quantités de matières organiques qu'elles avaient dissoutes avant de se rassembler. Une plus considérable proportion de ces matières donnerait en se décomposant des produits fétides qui rendraient

(1) Vue en petite masse dans un vase transparent.

les eaux marécageuses. M. le baron Thenard citait, dans ses leçons de chimie à la Sorbonne, des eaux stagnantes, insalubres, faute d'air en dissolution, qu'on avait rencontrées en Egypte, et que l'agitation ou le battage à l'air libre avait rendues très-saines.

Les éléments qui constituent l'air atmosphérique sont un peu solubles dans l'eau, et l'oxygène étant plus soluble que l'azote, le mélange de gaz extrait de l'eau par l'ébullition contient 32 d'oxygène au lieu de 21 pour 100, cette dernière quantité représentant la quantité d'oxygène trouvée dans l'air atmosphérique. On peut faire la même remarque relativement à la solubilité du gaz acide carbonique, dont l'air contient à peine un demi-millième de son poids, et dont les eaux à la surface de la terre contiennent presque toujours en dissolution encore plus que d'oxygène (1).

Nous ne saurions nous arrêter plus longtemps sur ces résultats analytiques sans sortir de notre sujet ; nous devons dire seulement que les qualités légèrement excitantes de l'eau aérée (comparée à l'eau privée d'air) sont dues sans aucun doute à l'oxygène et à l'acide carbonique, l'azote ne paraissant jouer qu'un rôle purement négatif.

Mais il est une observation, qui domine absolument toute cette question, qui prouve que l'oxygène et l'acide carbonique doivent être considérés comme de légers excitants : c'est que, dans les circonstances ordinaires, les eaux très-chaudes auxquelles l'ébullition vient de faire perdre tous les gaz qu'elles contenaient, et les eaux très-froides provenant de la fonte des neiges, et qui n'ont pas encore eu le temps de reprendre des gaz dans l'atmosphère, peuvent être bues sans inconvénient pour la santé. Alors la chaleur produisant une stimulation directe, ou le froid une stimulation par réaction, l'effet ordinaire des gaz est remplacé ou même dépassé par celui du calorique soustrait ou dégagé.

Si l'eau n'est pas très-fraîche, le sens du goût avertit de l'absence des gaz en dissolution, car elle est alors d'une fadeur particulière.

On peut reconnaître de deux manières si l'eau est aérée :

1° Directement par l'ébullition dans une cornue de verre

(1) Résultats de l'analyse des eaux de la Seine :

		centilit.
Eau, 10 litres. —	Air...	24,18
	A. carboniq.	8,36

Ou un peu plus de 3 centièmes du volume de gaz mélangés (Colin).

pleine, munie d'un tube recourbé pour recueillir les gaz, également plein d'eau. Les gaz, s'il en existe, se dégagent un peu avant la température de 100°, au moment où l'eau frémit, et peuvent être recueillis et mesurés ;

2° Chimiquement, par le sulfate de protoxyde de fer qui forme un léger précipité jaunâtre de sous-sulfate de sesqui-oxyde de fer dans l'eau aérée, et qui ne forme pas de précipité dans l'eau privée d'air. Nous donnons ici par anticipation ces caractères chimiques, afin de terminer avec ce sujet dont l'importance est secondaire.

En résumé, les eaux privées d'air n'ont aucun effet lorsqu'elles sont très-fraîches ou chaudes, et dans le cas contraire, elles ne sont malsaines qu'à la longue.

CHAPITRE VI. — *Pas de sels en dissolution.* — Les eaux réputées les meilleures pour servir de boisson tiennent en dissolution une faible quantité de sel marin et de carbonate de chaux, ce dernier retenu par l'acide carbonique libre; ces deux sels, dans les proportions où ils existent ordinairement dans les eaux douces, doivent être considérés comme essentiellement utiles. Le carbonate de chaux, dissous à la faveur de l'acide carbonique, se décompose dans l'estomac sous l'influence des acides du suc gastrique; les résultats de cette décomposition sont de l'acide carbonique qui favorise la digestion en produisant une excitation légère, et un sel soluble de chaux dont l'influence paraît nulle. (Arthaud, *De la valeur hygiénique que l'on doit attribuer à la présence ou à l'absence de certaines substances salines dans les eaux potables.* — Broch. in-8°, Bordeaux, 1838.) On trouve encore dans les eaux potables des sulfates de chaux et de magnésie, et des chlorures de calcium et de magnésium, dont la présence n'est indifférente que s'ils existent en proportion minime, et qui doivent en général être considérés comme nuisibles. Quant aux azotates alcalins que l'on rencontre quelquefois, et aux autres sels alcalins ou terreux que l'on rencontre rarement, ils sont en si faible proportion que nous croyons ne devoir pas en tenir compte.

Les eaux provenant de la fonte des neiges et des glaciers sont les seules qui aient été signalées comme naturellement insalubres, à cause de l'absence des sels ; car, à la surface de la terre, l'eau tend à se charger de matières salines en excès plutôt qu'à en rester complétement dépourvue. Cette insalubrité est une des moins redoutables.

Mais dans certaines circonstances, surtout pendant les longues navigations, on purifie l'eau de mer par la distillation, et

nous devons dire quelques mots de l'insalubrité de l'eau distillée.

La distillation est un moyen de purification qui dépasse le but, en fournissant de l'eau privée non-seulement de l'excès de sels qui la rendait irritante et purgative, mais encore de cette petite quantité de substances salines et gazeuses que l'on trouve dans les eaux naturellement potables.

L'agitation à l'air libre et l'addition de $0^{gr},5$ de sel marin par litre suffisent pour rendre l'eau distillée parfaitement bonne et salubre.

CHAPITRE VII. — *État du problème après l'examen physique.* — Les caractères physiques sont insuffisants pour démontrer d'une manière décisive la salubrité des eaux destinées à servir de boisson, car des eaux limpides, incolores, inodores et sans saveur suspecte, ne doivent pas encore être tout à fait exemptes de soupçon : cependant l'examen attentif de ces caractères a singulièrement simplifié le problème, puisqu'il a limité fort étroitement le nombre des substances nuisibles qu'on peut trouver en dissolution.

Nous n'avons pas à conseiller d'essayer de reconnaître par des caractères chimiques les matières organiques ou les gaz putrides ; les caractères physiques sont suffisants pour cet objet, et d'ailleurs, il faut l'avouer, beaucoup plus sûrs.

Nous avons déjà fait observer qu'un certain nombre de sels existent dans les eaux douces à la surface de la terre. Ils sont ordinairement en proportion convenable pour que ces eaux puissent servir de boisson ; quelquefois, cependant, cette proportion devient assez considérable pour rendre les eaux impropres à un usage alimentaire prolongé, sans que leurs propriétés physiques soient modifiées d'une manière appréciable. Nous étudierons séparément tout ce qui les concerne ; mais notre tâche ne se bornera pas là. En général, les composés actifs minéraux ou organiques en dissolution communiquent à l'eau une saveur styptique métallique ou amère, plus ou moins repoussante et toujours très-facile à reconnaître ; mais tous ne sont pas dans ce cas. Nous avons dû rechercher s'il existe quelques substances qui pourraient être mêlées à l'eau par une malveillance exécrable et auxquelles une dilution très-étendue enlèverait toute saveur suspecte sans faire disparaître leurs propriétés toxiques. Nous rapporterons le résultat de nos observations sur ce sujet dont les médecins légistes se sont peu occupés jusqu'à présent, et nous indiquerons les précautions qu'il nous semblerait indispensable de prendre dans un pays où les lois du droit des gens seraient méconnues, pour prévenir un danger d'autant plus redoutable qu'il se présenterait d'une manière plus insidieuse.

CHAPITRE VIII. — *Composés métalliques auxquels une dilution très-étendue peut enlever toute saveur suspecte sans faire disparaître leurs propriétés toxiques.* — Les composés métalliques auxquels une dilution très-étendue peut enlever toute saveur suspecte sans faire disparaître leurs propriétés toxiques sont précisément les plus dangereux. Ce sont les composés arsenicaux, savoir : l'acide arsénieux, les arsénites solubles, l'acide arsénique, et les arséniates solubles.

La saveur des préparations arsenicales n'est pas très-repoussante. M. Devergie rapporte que plusieurs personnes ont pu broyer sous leurs dents et avaler des quantités considérables d'acide arsénieux sans être rebutées par la saveur du poison. — Elle est analogue à celle des pommes sures. (*Médecine légale théorique et pratique*, in-8°, 1840.) Nous avons constaté que les diverses préparations arsenicales en dissolution dans l'eau commune ne lui communiquent plus de saveur appréciable lorsqu'ils y existent dans la proportion d'un dix-millième, c'est-à-dire encore $0^{gr},1$ par litre. Et qui pourrait douter que cette dose, même beaucoup atténuée, ne fût assez considérable pour produire de funestes effets (1) ?

En conséquence, toutes les fois que des eaux destinées aux usages alimentaires en pays ennemi proviendront de réservoirs restreints (puits, fontaines, sources, ruisseaux) dont l'empoisonnement pourrait être considéré comme possible, il sera prudent de s'assurer d'abord de l'absence des composés dont il s'agit, en ne perdant pas de vue que 100 grammes de composé arsenical suffisent pour empoisonner plus de 1000 litres d'eau (2).

Voici le procédé opératoire que nous conseillons d'employer pour reconnaître les composés arsenicaux dans de pareilles circonstances :

1° L'eau réduite par l'évaporation au dixième de son volume (afin de rendre les réactions plus apparentes), et filtrée, sera traitée par l'acide sulfhydrique, puis acidulée avec quelques

(1) Nous avons entendu dire par une personne digne de foi que des eaux qui avaient séjourné en plein air dans une fabrique de bougies stéariques, ayant été bues par les ouvriers, avaient déterminé des accidents graves, et que l'analyse chimique avait démontré la présence de l'acide arsénieux dans ces eaux. (On sait que l'acide arsénieux est quelquefois employé pour donner de la blancheur aux bougies stéariques.) Malheureusement nous n'avons pas pu remonter à l'origine de ce fait qui n'aurait vraiment rien de très-surprenant.

(2) L'arsenic a été découvert à la dose de cinq milligrammes par litre dans les eaux thermales d'Hamman-mez-Koutinn (province de Constantine), par M. Tripier, pharmacien major. Ces eaux, qui attiraient un grand nombre de baigneurs dans des temps très reculés, sont les seules qui aient offert jusqu'à présent ce métal en dissolution naturelle. Elles sont presque bouillantes.

gouttes d'acide chlorhydrique. S'il existait en dissolution de l'acide arsénieux ou un arsénite alcalin, il se produira un précipité jaune soluble dans l'ammoniaque en donnant une liqueur incolore.

2° Mais l'acide sulfhydrique ne produit pas de précipité dans les liqueurs qui contiennent l'arsenic à l'état d'acide arsénique; il faudra donc reprendre une partie du liquide résidu de l'évaporation au dixième et l'essayer par l'azotate d'argent ammoniacal, qui donnera un précipité rougeâtre s'il existe de l'acide arsénique ou des arséniates en dissolution.

3° L'un ou l'autre de ces caractères étant constaté, il conviendra d'interroger, par l'appareil de Marsh, l'eau non plus seulement soupçonnée, mais réellement accusée; cet appareil, dans le cas dont il s'agit, devra donner sans aucune difficulté les preuves irrécusables de l'existence de l'arsenic.

On comprend que nous nous dispensions d'entrer ici dans des détails circonstanciés relativement au maniement de cet appareil; nous nous bornons à recommander l'essai préalable des vases du zinc et de l'acide sulfurique employés, afin de s'assurer d'avance qu'ils ne contiennent pas d'arsenic. D'ailleurs, le cas dont il s'agit serait dégagé de toute complication.

CHAPITRE IX. — *Les eaux peuvent-elles être soupçonnées de contenir du carbonate de plomb après avoir séjourné dans des réservoirs, ou après avoir parcouru des gouttières ou des tuyaux de plomb?*—Luzziaraga rapporte (*Dissertacion medica sobre el coliquo de Madrid*, in-8°, Madrid, 1796) que les eaux de source (les eaux les plus chargées d'acide carbonique) conduites dans les villes par des tuyaux de plomb déterminent des maladies graves analogues à la colique des peintres. Tronchin attribue à l'usage de recueillir les eaux pluviales sur des plates-formes de plomb, d'où elles s'écoulent dans les citernes, la fréquence de la colique de plomb à Amsterdam. Wan Stroostwyk pense que la colique de plomb dont sont affligés les habitants de Harlem, est causée par l'usage de faire écouler les eaux alimentaires dans des gouttières de plomb, et Mérat, qui adopte cette opinion (*Dissertation sur la colique métallique*, broch. in-8°, Paris, 1803), explique la présence du plomb en disant que ce métal, passant à l'état de carbonate au contact de l'acide carbonique de l'air se dissout dans l'eau. Cette opinion devint pour ainsi dire classique lorsque Barruel eut annoncé que, dans son laboratoire, une cuve doublée en plomb avait cédé en deux mois *deux onces* de carbonate de plomb à six voies d'eau qu'elle contenait. Des expériences plus récentes de M. Chevallier ont infirmé l'assertion de Barruel. Nos propres essais nous autorisent à penser qu'il existait dans la cuve

pneumato-chimique de ce dernier auteur d'autres dissolvants que l'acide carbonique; ce fait ne semblera pas difficile à croire si l'on réfléchit aux usages multipliés de la cuve pneumato-chimique. De plus, il nous paraît que la colique de plomb serait bien plus fréquente, et ne serait pas le triste apanage d'une classe d'ouvriers, si les eaux qui ont séjourné ou qui ont coulé sur du plomb pouvaient la causer; car il n'est pour ainsi dire pas d'établissement public en France qui ne possède des réservoirs de plomb où les eaux séjournent, pour être ensuite dirigées par des tuyaux de même métal jusqu'aux robinets d'écoulement.

Enfin, voici l'expérience que nous avons faite pour éclairer décidément cette question : nous avons trituré longuement 50 grammes de carbonate de plomb dans un mortier de porcelaine avec un litre d'eau de source, ayant la précaution de faire passer l'eau par petites portions sur le composé métallique. Le carbonate de plomb était divisé à tel point, que le liquide ne s'est éclairci qu'après plusieurs heures. Après trois jours d'exposition à l'air libre, agitée plusieurs fois chaque jour, la liqueur claire a été décantée, puis évaporée au dixième.

Le résidu liquide et le résidu salin qui s'était déposé, traités par le sulfhydrate d'ammoniaque, n'ont donné aucune coloration qui pût faire soupçonner un atome de composé de plomb. Or, le sulfhydrate d'ammoniaque décèle le plomb dans les liqueurs qui n'en contiennent que 1/500,000, et nous avions évaporé au dixième! Ainsi le liquide qui avait séjourné sur le carbonate de plomb ne contenait pas 1/5,000,000 de ce composé.

En conséquence, nous ne croyons pas que l'eau de source, tenant de l'acide carbonique en dissolution et exposée à l'air, se puisse charger de carbonate de plomb, en quantité appréciable à nos moyens d'analyse, pour avoir coulé sur des plates-formes, avoir séjourné dans des réservoirs, ou circulé dans des conduits en plomb ; et si des eaux de source dans ces conditions ont réellement pu causer les accidents de la colique des peintres (ce qui ne nous est pas suffisamment prouvé), elles contenaient le plomb dans un état de division extrême, dans cet état miasmatique où la matière échappe à nos investigations les plus minutieuses, et par conséquent les faits allégués par les auteurs précédemment cités restent sans appui matériel.

Mais quant aux eaux pluviales recueillies sur des plates-formes en plomb, si la présence du plomb dissous y a été annoncée, non pas comme une hypothèse expliquant quelques constitutions médicales, mais comme un fait nettement constaté, ce n'est pas, à notre avis, l'acide carbonique qui devrait être considéré com-

me dissolvant, mais bien plutôt l'acide azotique dont la formation est déterminée par l'étincelle électrique dans un mélange d'oxygène et d'azote, comme l'air, et dont la présence a été reconnue par M. Boussingault dans les eaux de pluie d'orage. Il serait donc intéressant d'analyser les eaux pluviales recueillies de cette manière en Hollande, par le procédé que nous avons décrit tout à l'heure et qui donne la certitude de découvrir les plus minimes quantités de plomb.

CHAPITRE X. — *Résultats obtenus par l'évaporation des eaux et par la pesée du résidu sec qu'elles abandonnent.* — La quantité de résidu sec abandonné par les eaux potables varie singulièrement, depuis celle que présente l'eau de la Garonne filtrée jusqu'à celle que présente l'eau du puits Font-Daurade, ainsi que le prouve le tableau suivant où nous avons réuni quelques exemples notables.

DÉSIGNATION DES EAUX.	AUTEURS DES ANALYSES.	RÉSIDU SEC PAR LITRE.	OBSERVATIONS.
		gram.	
Garonne (filtrée au sable et au charbon).	Lartigue (1).	0,148	Eaux excellentes.
Seine au-dessus de la Bièvre (filtrée au papier). . . .	Colin (2).	0,161	
Seine sous Paris (filtrée au papier).	*Id.*	0,174	
Rhône, en hiver (filt. au pap.).	Dupasquier(3)	0,184	
Les quatre sources réunies de la rive gauche de la Saône : Roye, Rouzier, Fontaine et Neuville.	*Id.*	0,243	
Puits de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.	Lartigue (1).	0,855	Bonnes.
Fontaine de Belleville et Menilmontant.	Colin (2).	1,649	Passant pour mauv.
Puits des bains de la rue de Ségur (Bordeaux). . . .	Lartigue (3).	1,950	La consommation de celles-ci est regrettable dans l'intérêt de la santé des habitants.
Puits Font-Daurade (Bordeaux).	*Id.*	3,200	

D'après ces renseignements, on peut affirmer que toute eau qui abandonne par litre un résidu sec pesant plus de 1gr,5 doit être considérée comme insalubre ou au moins peu salubre. On comprend que ce chiffre est une base approximative destinée à fixer les idées, et que la nature des sels en dissolution doit aussi être prise en considération.

L'évaporation peut s'exécuter aisément dans une capsule de

(1) Considérations sur les eaux de la ville de Bordeaux.
(2) Au nom de la commission nommée par le directeur général des ponts et chaussées pour l'analyse des eaux qui se rendent à Paris.
(3) Ouvrage cité.

verre ou de porcelaine, ou même dans un vase de fer-blanc, d'une capacité de 1 litre, exactement séché à la température de 100° centigrades et pesé avant comme après l'expérience. Des balances de pharmacie sensibles à moins d'un demi-gramme ont un degré d'exactitude suffisant, si l'on a évaporé successivement dans le même vase 10 litres d'eau qui ne devront pas donner plus de 15 grammes de résidu sec. On aura soin d'opérer, suivant le conseil de Lartigue, à une température un peu inférieure à celle de l'ébullition, et en s'abritant des poussières qui pourraient augmenter le poids des résidus.

L'approximation très-rapprochée de l'exactitude qu'on obtient ainsi, nous semble un complément indispensable des indications fournies par les réactifs lorsqu'on se borne à juger l'abondance des précipités ; cette dernière appréciation est en vérité bien difficile même pour ceux qui ont l'habitude des manipulations, tandis que l'évaporation et la pesée, telles que nous les proposons, sont à la portée pour ainsi dire de tout le monde. C'est surtout lorsqu'on opère par comparaison avec une eau bien connue que l'examen des précipités devient fort utile.

CHAPITRE XI. — *Des sels qu'on trouve dans toutes les eaux potables, et qui peuvent exister dans les eaux en quantité assez considérable pour les rendre insalubres sans altérer leurs propriétés physiques. — Usage des réactifs.* — Les sels que nous avons à rechercher sont :

Le sulfate de chaux,
Le chlorure de calcium,
Le sulfate de magnésie,
Le chlorure de magnésium,
Ou deux bases :
1° La chaux ;
2° La magnésie,
Et deux acides :
3° L'acide sulfurique ;
4° L'acide chlorhydrique.

Nous ne tenons pas compte du chlorure de sodium ni du carbonate de chaux, parce qu'ils ne sont pas nuisibles, ou parce qu'ils ne peuvent pas rendre les eaux insalubres sans altérer leur saveur ou leur apparence physique.

Mode opératoire. — Filtrer au papier l'eau à examiner si elle n'est pas parfaitement limpide (1), la verser par dose de 100 grammes dans des verres parfaitement propres. Ajouter les

(1) Il faut rejeter le premier litre à cause des matières solubles que le papier peut céder à l'eau.

réactifs goutte à goutte (environ 10 gouttes pour 100 grammes, les solutions étant concentrées) ; agiter, et noter ce qui se passe ; laisser reposer vingt-quatre heures à l'abri de la poussière et examiner de nouveau.

1° *La chaux.* — Le réactif principal de la chaux est l'oxalate d'ammoniaque : il forme un précipité blanc instantané dans les eaux qui tiennent cette base en dissolution de quelque manière que ce soit. Ce précipité est soluble dans les acides azotique, sulfurique et chlorhydrique.

La solution de savon blanc forme un précipité blanc nacré dans les eaux qui tiennent la chaux en dissolution ; mais le précipité est à peine sensible lorsque la chaux existe à l'état de carbonate tenu en dissolution par l'acide carbonique. (Il faut savoir que l'eau distillée prend une teinte opaline légère par la dissolution de savon , parce que les sels solubles à acides gras tendent à se décomposer en sous-sels plus solubles et en sels acides moins solubles, par la seule influence de l'eau en excès.)

La solution de savon est, dans les conditions du problème qui nous occupe, le meilleur réactif à employer, puisqu'il décèle les bases terreuses, et seulement si elles existent sous une forme nuisible, c'est-à-dire directement dissoutes et non pas à la faveur de l'acide carbonique.—Or, l'opinion vulgaire qui considère comme séléniteuses et qui rejette les eaux qui précipitent par la solution de savon, se trouve pleinement justifiée par la théorie scientifique. Ce sont ces eaux-là qui ont une saveur particulière, comme dure ou astringente, et qui durcissent les légumes qu'on essaie d'y faire cuire, les sulfates de chaux et de magnésie coagulant la légumine, ce principe analogue au caséum, que contiennent les aréoles cellulaires avec la fécule et d'autres produits immédiats (Braconnot).

2° *La magnésie.* — Le meilleur réactif pour reconnaître la magnésie dans les eaux est l'ammoniaque liquide : cet alcali détermine un précipité blanc instantané dans les eaux qui contiennent la magnésie, mais il ne précipite que la moitié de cette base en formant un sel double soluble avec l'autre moitié ; aussi ne peut-il servir à déceler le carbonate de magnésie tenu en dissolution par un excès d'acide carbonique , et c'est un avantage , car à cet état la magnésie ne serait pas plus nuisible que la chaux (1).

(1) L'ammoniaque précipite aussi le carbonate de chaux sous forme de petits grains cristallins qui se fixent aux parois du verre. Ce précipité, qui est dû à la saturation de l'excès d'acide carbonique qui tenait en dissolution le carbonate de chaux, ne se forme pas sur-le-champ, tandis que le précipité magnésien se prononce immediatement. (Dupasquier, ouvrage cité.)

Ce que nous avons dit de la solution de savon pour la chaux trouve encore son application à propos de la magnésie.

3° *Acide sulfurique.* — L'eau de baryte, la solution d'azotate de baryte ou de chlorure de baryum, forment un précipité blanc dans les eaux qui tiennent en dissolution même des atômes seulement d'acide sulfurique libre ou combiné. Mais ces réactifs précipitent aussi les carbonates, et, de plus, l'eau de baryte précipite l'acide carbonique dissous. Si lorsque le précipité s'est bien formé on ajoute quelques gouttes d'acide azotique, le carbonate de baryte qui faisait partie du précipité se dissout, et la liqueur devient moins trouble qu'elle ne l'était avant l'addition de cet acide. Ce trouble persistant après l'addition de l'acide azotique est exclusivement dû à l'acide sulfurique.

4° *Acide chlorhydrique.* — La solution d'azotate d'argent précipite en blanc les chlorures solubles. Ce précipité lourd et caillebotté est facile à reconnaître ; il est d'ailleurs soluble dans l'ammoniaque et brunit à l'air. Lorsque des carbonates sont en présence, ils forment par l'action de ce réactif du carbonate d'argent qui fait partie du précipité : on fait disparaître ce carbonate en ajoutant quelques gouttes d'acide azotique, comme il vient d'être indiqué plus haut.

Remarques. — Nous ferons observer que l'azotate d'argent des pharmacies (pierre infernale) peut servir pour les recherches dont nous nous occupons, bien qu'il soit impur, et que l'eau commune, l'eau même qu'il s'agit d'examiner, puisse servir, à défaut d'eau distillée, pour faire la solution du réactif. Cette eau se trouble, il est vrai, en dissolvant le sel ; mais il est facile d'obtenir par filtration ou par décantation une liqueur claire dans laquelle les autres sels solubles en présence n'ont pas d'inconvénient pour les réactions subséquentes. Ce que nous disons ici de l'eau commune, employée comme dissolvant de l'azotate d'argent, s'applique aussi à la même eau employée comme dissolvant du savon, de l'oxalate d'ammoniaque, ou de la baryte et de ses sels. On comprend que ces détails pratiques ne seront pas inutiles, à cause des circonstances difficiles dans lesquelles on peut être consulté sur la salubrité des eaux. Cette méthode exceptionnelle nous a été imposée à nous-même par la nécessité, et nous en avons tiré un excellent parti dans une garnison d'Afrique où l'eau distillée et tous les moyens ordinaires de laboratoire nous manquaient en même temps, et où néanmoins l'autorité supérieure demandait un avis scientifiquement motivé sur la salubrité des eaux.

Conclusion. — Pour résumer notre opinion sur l'importance de l'analyse chimique, nous dirons qu'elle nous paraît subordonnée

à celle de l'examen physique. — Les sels qui peuvent se trouver dissous dans les eaux douces ne nous semblent pas devoir motiver une prohibition absolue, lorsque d'ailleurs les caractères physiques tirés de la limpidité, de la couleur, de la saveur et de l'odeur, sont tout à fait satisfaisants (en réservant, bien entendu, le cas exceptionnel des composés arsenicaux).

Nous affirmons que les caractères physiques suffisent pour faire admettre ou rejeter des eaux destinées à servir de boisson passagèrement ; quant aux caractères chimiques, ils permettent de choisir parmi plusieurs espèces d'eaux jugées déjà potables, et ils indiquent d'une manière définitive quelles sont les plus salubres.

Ajoutons que l'innocuité complète d'une eau proposée pour boisson devient certaine après l'observation prolongée de ses effets sur la santé des hommes, et qu'une enquête faite par des personnes éclairées sur la santé des consommateurs habituels est un moyen suffisant pour arriver à une affirmation péremptoirement justifiée pour ou contre la qualité hygiénique d'une eau potable.

(La suite à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE.

Cette séance a été consacrée à des objets entièrement étrangers à la médecine.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE.

Procédé pour distinguer l'arsenic d'avec les substances alimentaires.—M. Tizon, élève en pharmacie à l'hôpital d'Alger, écrit qu'il s'est occupé depuis longtemps de faire subir diverses combinaisons à un agent toxique qui montre assez d'analogie par son caractère physique avec la farine de froment, le sel de cuisine, le sucre et tant d'autres denrées employées journellement dans l'économie domestique : l'arsenic. Frappé des déplorables accidents qui se renouvellent trop souvent, il s'est livré à quelques recherches qu'il poursuit encore aujourd'hui pour tâcher d'initier à la connaissance de ce poison, ou du moins à le soupçonner, les personnes même les moins expérimentées. Voici la formule qu'il indique :

Acide arsénieux.	30	grammes.
Sulfure de mercure rouge. . . . . , ...	2	—
Coloquinte récemment pulvérisée et en poudre impalpable	1	—
Créosote pure.	1	—
Sucre blanc et en morceaux	q. v.	—

On répand environ 20 gouttes de créosote sur un morceau de sucre que l'on pulvérise ; on mêle ensuite toutes les substances ensemble, et l'on procède à la trituration dans un mortier de grès ou autre. Le mélange, réduit à l'état de poudre homogène dans toutes ses parties, peut être alors délivré avec beaucoup plus de sûreté.

L'acide arsénieux, rougi par la nature de la matière rubéfiante, frappe évidemment la vue de celui qui, par une négligence inexcusable, aurait laissé cet oyxde énergique çà et là à côté d'un paquet de sel ou de farine.

M. Tizon fait entrer dans cette préparation un principe empyreumatique dont l'odeur forte et pénétrante peut avertir le nez en cas de quiproquo.

Le produit immédiat pulvérulent a été associé au mélange, à cause de son amère saveur qui empêcherait l'ingestion du poison par une main coupable.

L'auteur a essayé l'introduction de ce mélange dans du vin, du bouillon, du lait, du thé, du café, et toutes les personnes présentes ont d'une voix unanime reconnu l'incorporation de cet agent malfaisant.

M. Tizon espère que les personnes appelées par leur profession à débiter l'oxyde d'arsenic ne seront pas retenues par le coût que pourra leur occasionner l'alliage des matières proposées, qui ne s'élève qu'à quelques centimes de plus par 50 grammes d'arsenic.

Nouvel acoumètre. — M. Blanchet adresse un acoumètre dont il se sert pour mesurer les divers degrés de surdité chez les personnes atteintes de cette infirmité, et pour juger des améliorations progressives qu'elles éprouvent sous l'influence de tel ou tel traitement.

Cet instrument se compose d'un diapason normal en acier fondu sonnant *ut*, et donnant 512 vibrations par seconde à la température de 15 degrés centigrades. Ce diapason est monté sur une caisse sonnant comme lui 512 vibrations à la seconde. Une des extrémités de cette caisse est close par une partie immobile ; l'autre extrémité est traversée dans son milieu par un axe en acier autour duquel pivote une paroi mobile. L'occlusion plus ou moins parfaite de la boîte est indiquée par une aiguille qui en marque sur un quart de cercle tous les degrés. L'auteur a fait tracer sur ce quart de cercle 10 degrés. Le n° 1 correspond à l'ouverture complète de la caisse, et par conséquent au bruit le plus fort que donne l'instrument. Le n° 10 est en rapport avec l'occlusion complète

et avec le bruit le plus faible que produit l'acoumètre. Les autres degrés indiquent les intensités de son intermédiaire. Lorsque l'instrument est mis en vibration au n° 1, il a beaucoup plus de son qu'un bon tuyau d'orgue, et en outre il a l'avantage de se faire entendre plus longtemps et d'avoir toujours le même timbre.

Cet acoumètre a non-seulement l'avantage d'être très-sensible à entrer en vibration, mais encore celui d'être invariable ; car, pour que cet instrument pût varier, c'est-à-dire exécuter une seule vibration de moins par seconde, il faudrait que la température s'élevât à 45 degrés centigrades.

Le son de cet acoumètre, lorsque ses deux extrémités sont closes, est entendu par une oreille ordinaire à 13 mètres 55 centimètres ; si une de ses extrémités est ouverte, ses ondes sonores sont perçues à plus de 150 mètres de distance.

Pour faire vibrer l'acoumètre, on se sert d'un archet de contre-basse, ou d'une tige en buffle ou en fer garnie de cuir à ses extrémités.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 30 OCTOBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BÉGIN.

Taille et lithotritie. — M. Civiale, après quelques détails explicatifs sur les faits dont on a contesté la validité, rentre dans l'examen général de la question. Il se défend du reproche qu'on a pu se croire fondé à lui faire, de vouloir déprécier la taille et de la sacrifier entièrement à la lithotritie. Telle n'a jamais été sa pensée ; il a toujours considéré, au contraire, la cystotomie comme ayant des indications dans la limite desquelles elle peut rendre et rend journellement des services. Du reste, les dissidences à cet égard ne sont pas aussi grandes qu'on aurait pu le croire au premier abord, elles ne portent que sur des interprétations ; mais on est d'accord au fond sur les faits : ainsi, en ce qui concerne la valeur de la lithotritie en elle même, abstraction faite de tout intérêt d'amour-propre, M. Civiale constate avec plaisir que, sauf la forme, on est bien près de s'entendre sur tous les points. Mais il n'en est pas de même pour la statistique. De grandes divergences subsistent encore sur la manière de compter et d'interpréter les faits. Chacun a cherché à atteindre le but par un moyen différent. De quel côté est la bonne méthode ? Chacun croit la sienne la meilleure. C'est à l'Académie à apprécier. En résumé, cette discussion aura eu un résultat dont tout le monde doit se louer : c'a été de rapprocher les distances ou au moins de montrer que les dissidences qui peuvent subsister encore à l'égard de la valeur respective de la taille et de la lithotritie sont beaucoup moins grandes qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici.

M. Rochoux déplore la tendance de plus en plus prononcée vers la spécialisation des discussions. Lorsqu'on a discuté la question des injections isolées, dit-il, pas un médecin n'a pris la parole. Dans la discussion sur la peste, les chirurgiens ont gardé le plus morne silence. Aujourd'hui que l'on discute des avantages respectifs de la taille et de la lithotritie, les médecins se croient obligés d'abandonner le champ de la discussion aux chirurgiens. C'est là un grand tort. On semble ne pas comprendre qu'en agissant ainsi on rétrécit les discussions, on les réduit à des points de vue spéciaux; tandis qu'au contraire, si les médecins intervenaient dans les discussions sur des points de chirurgie, et les chirurgiens dans les questions médicales, les uns et les autres seraient plus aptes à juger de ce qu'il y a de plus général dans la question. C'est pour obéir à cette conviction et donner l'exemple, que M. Rochoux a cru devoir prendre part à cette discussion.

Après ce préambule, M. Rochoux examine la question d'un point de vue général et résume son opinion en déclarant que pour lui la lithotritie doit être considérée comme méthode générale et la taille comme méthode exceptionnelle.

M. Leroy-d'Étiolles lit un mémoire dans lequel se trouve résumé, sous forme de questions, le débat sur la lithotritie dont l'Académie est occupée depuis trois mois.

La première question est celle-ci : *Les explorations avec les lithotribes sont-elles utiles pour apprécier les conditions dans lesquelles se trouvent les calculs urinaires de la vessie? Ces explorations peuvent-elles être faites sans danger? Doivent-elles, sous le rapport de la gravité, être considérées comme des opérations?*

Cette question est celle autour de laquelle tourne la discussion sans pouvoir s'y arrêter, parce qu'on l'entraîne sans cesse dans les généralités. En effet, les honorables professeurs qui l'ont provoquée, MM. Roux et Velpeau, proclament la lithotritie une belle et utile découverte; ils reconnaissent que, dans des conditions données, elle est préférable à la taille, mais ils se sont demandé s'il était bien vrai qu'elle eût procuré 98 guérisons sur 100 opérations entre les mains d'un chirurgien, tandis qu'entre les leurs elle a eu des résultats beaucoup moins favorables. Ils ont trouvé la cause de cette différence dans le mode de classification des faits adopté par M. Civiale, lequel ne tient pas compte des malades qui ont succombé après des recherches faites avec les instruments lithotribes dans le but d'apprécier les conditions physiques de la pierre et les chances de l'opération. MM. Roux et Velpeau, auxquels s'est joint M. Blandin, se sont attachés à prouver que les calculeux de cette catégorie doivent être comptés parmi les opérés. M. Civiale soutient, lui, que n'ayant pas entamé les pierres de ces malades, il n'a point fait d'o-

pération, mais une simple exploration ; et depuis trois mois ces conversations se renouvellent chaque semaine, et les lithotriteurs, pour publier leurs statistiques , attendent que l'Académie veuille bien décider quel mode de classification des faits lui semble le plus rationnel ; car ils sont bien forcés de reconnaître la supériorité numérique des opérations de M. Civiale : elle résulte nécessairement de la création pour lui d'un service de calculeux dans un hôpital ; mais ils refusent d'admettre la supériorité de ses résultats sur les leurs. C'est à ce point de la discussion que M. Leroy-d'Etiolles est venu poser nettement cette question des explorations avec les instruments brise-pierres ; et comme il ne fait pas partie de l'assemblée, il faudra bien qu'elle se prononce sur le rapport dont ce mémoire sera l'objet. C'est donc un acheminement vers une solution qui semblait impossible il y a peu de jours encore.

M. Leroy-d'Étiolles se demande quelles conditions physiques des calculs les instruments lithotribes peuvent faire apprécier mieux que la sonde exploratrice, et il n'en trouve aucune : ce n'est point le nombre, ce n'est point l'aspect extérieur, la sonde en apprend tout autant ; ce n'est point la dureté, car il faudrait rompre le calcul et alors commencer l'opération. Serait-ce le volume de la pierre? Il semble en effet, au premier abord, que le lithotribe donne le moyen de la mesurer, et l'on sait que M. Leroy employait pour cela depuis longtemps un instrument semblable au brise-pierre ; mais cet instrument n'apprend en réalité rien de plus que la sonde. En effet, le diamètre antéro-postérieur est le seul qu'il puisse indiquer. Or, avec un bout de fil noué sur la sonde pour servir de curseur et de repère, on peut arriver à le connaître. C'est un procédé que M. Leroy a indiqué dès l'année 1828, dont l'expérience a confirmé l'exactitude. La mesure transversale du calcul peut être prise également avec la sonde au moyen d'un cercle gradué qui s'y adapte momentanément. Pour en savoir davantage et même autant avec le brise-pierre, il faudrait, après avoir saisi le calcul, le lâcher, le faire tourner sur lui-même dans tous les sens ; toutes manœuvres qui seraient plus difficiles, plus laborieuses et plus pénibles au malade que la rupture de la pierre pratiquée à plusieurs reprises.

Il est un point capital dans toutes les opérations de la chirurgie : c'est de deviner quel ébranlement général sera produit par elle, quelle réaction fébrile pourra s'ensuivre. *Cette faculté de diagnostic, qui n'a été donnée à personne, l'exploration avec les instruments peut la remplacer utilement pour l'opérateur, sinon pour le malade.* S'il y a quelque néphrite assoupie, dit M. Leroy-d'Étiolles, quelque pneumonie latente, quelque affection organique cachée, les manœuvres avec les lithotribes les forceront de se révéler. Si le calme d'une vessie hypertrophiée, contenant une pierre volumineuse, est trompeur ; si à la souplesse

de ses parois doit succéder, après la première application, une contraction tellement énergique et persistante que la continuation de l'opération deviendra impossible et la vie sera mise en danger, les recherches et les manœuvres avec l'instrument lithotribe vont l'apprendre au chirurgien ; le malade en mourra peut-être, mais il mourra sans avoir été opéré, et le nécrologue sera déchargé d'autant.

Sur cette première question, la conclusion de M. Leroy d'Étiolles est que les explorations avec les lithotribes sont très-rarement utiles, et que, sous le rapport de la gravité, elles doivent être assimilées aux opérations.

La seconde question posée est la suivante : *Quels inconvénients sont inhérents à la lithotritie?*

Lorsque le broiement était encore dans l'enfance, il était peut-être utile de dissimuler l'hésitation qui accompagne ses premiers pas et de cacher ses imperfections. Sous ce rapport, M. Civiale s'est vraiment montré l'homme de la circonstance. Mais aujourd'hui l'importance de la nouvelle méthode est assez reconnue pour que l'on puisse la montrer telle qu'elle est : agir autrement serait faire supposer ses inconvénients plus grands qu'ils ne sont en réalité et fournir une preuve de plus de la vérité de cet axiome : *qui veut trop prouver ne prouve rien.* M. Leroy-d'Etiolles reconnaît donc que la lithotritie expose plus que la taille; surtout que la taille hypogastrique, à la récidive ; que cette récidive peut être accompagnée de l'enchatonnement des fragments ; que le catarrhe de la vessie persiste plus fréquemment après la lithotritie ; qu'elle peut donner lieu à des rétentions d'urine par la contusion et la violence qu'exerce sur le col de la vessie le passage des instruments. Il admet la possibilité de la rupture des lithotribes ; il reconnaît que l'engagement des fragments dans l'urèthre constitue un accident grave, accompagnement fréquent du procédé de la fragmentation actuellement en usage, et pourtant, ajoute en terminant M. Leroy-d'Étiolles, « la taille n'est » et ne sera jamais que le pis-aller de la lithotritie. Pourquoi? Le bû- » cheron de la fable en a donné la raison : *pourvu qu'en somme je* » *vive*, dit-il, *c'est assez, je suis plus que content.* Or, il est bien » évident que la lithotritie expose moins que la taille aux hémorrhagies, » à la péritonite, aux infiltrations urineuses, à la résorption purulente, » aux accidents enfin qui produisent le plus sûrement la mort. Les chi- » rurgiens le savent mieux que personne; aussi quand ils ont la pierre, » se font-ils lithotritier : témoins M. Viguerie, Dubois, Lisfranc, Sanson, » qui était, avec M. Velpeau, signataire du rapport de 1835. »

Dans la troisième question, M. Leroy-d'Étiolles examine quelle est l'influence, sur la lithotritie, des conditions dans lesquelles se trouvent les calculs, la vessie, la prostate, l'urèthre et les reins.

La quatrième question est celle-ci : *Quelle est l'influence de l'âge sur la taille et la lithotritie* ?

La taille est très-meurtrière aux vieillards ; la lithotritie ne l'est guère plus que pour les adultes. M. Leroy d'Étiolles a lithotritié 14 octogénaires, il n'en a perdu qu'un seul ; sur 27 septuagénaires, il y a eu 2 morts.

Dans l'enfance, il peut y avoir doute et controverse sur le choix d'une méthode ; car l'une et l'autre guérissent ordinairement. La somme de dangers étant à peu près la même, la méthode la plus expéditive est préférable : quand la pierre est petite, c'est la lithotritie ; quand elle dépasse 17 à 18 millimètres et nécessite plus de deux ou trois séances, c'est la taille. M. Leroy-d'Étiolles diffère ici d'opinion avec M. Ségalas, qui ne recule pas devant douze ou quinze séances et devant l'appréhension de l'engagement des fragments dans l'urèthre, plus fréquent à cet âge, à cause de la forme du col de la vessie. M. Ségalas, il est vrai, a prolongé l'enfance jusqu'à 12 et 15 ans, tandis que M. Leroy-d'Étiolles ne va pas au delà de 7 ans ; son mémoire de 1835, qui a donné lieu au rapport de M. Velpeau et Sanson, relatait quatre lithotrities et une taille sur de petits enfants. Depuis, il en a rencontré 15 : 7 ont été taillés, 8 ont été lithotritiés ; tous ont guéri. Les 8 lithotritiés l'ont été en une et deux séances.

Cinquième question. — Les tentatives de lithotritie nuisent-elles plus tard au succès de la cystotomie ?

A cette question, dit M. Leroy-d'Étiolles, on peut répondre oui et non : oui si la taille n'intervient que pour endosser la responsabilité des désordres causés par la lithotritie ; non, au contraire, si les tentatives du broiement, ayant fait subir au malade l'épreuve du premier ébranlement général, ont démontré qu'il est doué de résistance vitale et qu'il n'y a pas en lui de vice organique latent. M. Leroy a pratiqué la taille sur 9 malades précédemment lithotritiés, dont 6 septuagénaires ; un seul a succombé.

Sixième question. — Quelle est l'influence du mode opératoire et de l'opérateur sur les résultats de la lithotritie ?

Question délicate qu'il est difficile d'aborder sans blesser de grandes prétentions. Deux surtout se sont manifestées avec une égale confiance en elles-mêmes et un égal dédain pour les autres chirurgiens. Au risque d'être écrasé dans le conflit d'amours-propres aussi intraitables, M. Leroy-d'Étiolles annonce qu'il est prêt à intervenir pour faire la part de la science ; mais la tâche est trop longue pour l'accomplir aujourd'hui : cette question sera donc l'objet d'un second mémoire.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE.

Correspondance.—M. le docteur Vilardebo communique deux faits qui lui ont paru dignes d'intéresser l'Académie.

Le premier est relatif à un *cas d'anévrysme double portant sur les gros vaisseaux de la vessie de la base du cou* (l'artère carotide droite et le tronc brachio-céphalique), *traité au moyen de la ligature des artères par la méthode de Brasdor.* Le malade étant mort le vingt et unième jour, l'autopsie permit de constater les particularités suivantes :

1° L'artère carotide primitive est oblitérée dans l'endroit de la ligature ; le sac anévrysmal du cou est formé aux dépens de ce vaisseau : des couches fibrineuses stratifiées, très-consistantes, très-adhérentes, tapissent toute la face interne du sac, à l'exception du point culminant de la tumeur au niveau de la peau amincie ; une petite quantité de sang noirâtre, visqueux, achève de remplir la cavité de la poche anévrysmale : celle-ci, d'un volume considérable, se porte en dehors et en bas, et repose par la partie inférieure sur le sommet du poumon droit qu'elle comprime ; dans son trajet, elle comprime également la sous-clavière.

2° Le tronc brachio-céphalique forme une seconde tumeur beaucoup plus petite que la précédente ; elle naît de la partie postérieure du vaisseau et se porte en arrière. Une incision la montre remplie presque entièrement de concrétions fibrineuses qui obstruent la capacité du sac, et ne laissent à leur centre qu'un conduit très-étroit qui livre passage à un filet sanguin.

3° L'aorte est considérablement dilatée ; sa capacité est presque doublée.

Malgré les altérations profondes dont les artères aorte, innominée et carotide étaient le siége, on voit, dans cette circonstance, les puissants efforts de la nature aidée par l'art pour obtenir la cure de ces deux tumeurs anévrysmales.

Le second fait est relatif à *un cas remarquable de monstruosité humaine* observée à Montevideo. Il s'agit d'un sujet offrant une de ces monstruosités que M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire appelle *hemitéro-ectromélienne.* Il présente un assemblage bizarre de plusieurs anomalies simples ou *hémitéries* et de monstruosités *ectroméliques* ou par avortement des membres : d'abord trois espèces d'anomalies par déplacement, savoir : un pied-bot équin et une torsion du tibia au côté gauche, puis un pied-bot valgus au côté droit ; ensuite une *hémitérie* par diminution numérique portant sur des organes multiples, diminution du nombre des orteils aux deux pieds ; enfin deux monstruosités ectroméliques des genres *hémimèle et phocomèle*, l'hémimèle représenté par la difformité du membre supérieur droit, le phocomèle constitué par une anomalie de membre pelvien correspondant (absence de la

jambe et articulation immédiate du pied avec le fémur). Chez ce sujet, toutes les déviations organiques portent uniquement sur le système de la locomotion. Il a d'ailleurs la tête et le tronc parfaitement bien conformés ; il est vigoureux, bien portant, et au milieu de cette perversion des formes extérieures, les fonctions de nutrition, l'intelligence même n'ont reçu aucune atteinte. Il en est de même de la fonction de reproduction et de son appareil.

— M. Tanchou adresse une note sur un cancer guéri au moyen d'un traitement très-varié, ayant principalement consisté en saignées, usage à l'intérieur de pilules d'aconit, de pilules arséniées, de l'iodure de potassium, et à l'extérieur de l'iode, de l'opium, de l'acide azotique et hydrochlorique étendu, de solution de sulfate d'alumine de fer, de quinine, de tanin, etc.

M. Tanchou demande une commission. (MM. Cruveilhier et Velpeau.)

— M. Gaudriot adresse deux observations de petite vérole : la première de petite vérole primitive après vingt-deux ans de vaccination régulière ; la seconde de petite vérole par contagion, pendant le développement d'une vaccine régulière.

— M. Saintard adresse deux spéculums perfectionnés par lui, et qu'il appelle spéculums à plaque. L'un est simple et l'autre double. L'addition de la plaque a pour but de mettre le médecin dans la possibilité d'examiner et d'opérer sans mettre nullement les malades à découvert, et le spéculum double est disposé de manière que sa longueur peut être réduite de moitié, de telle sorte qu'après avoir engagé le col dans la lumière de l'instrument, cet organe puisse être amené à une très-petite distance de l'œil de l'observateur.

— M. Rousseau (de Salins) expose un moyen de maintenir les fratures de la clavicule, qu'il considère comme infaillible toutes les fois qu'on pourra l'employer. Il consiste à remonter l'épaule du côté de la fracture jusqu'à ce qu'on obtienne la réduction de celle-ci, et à la maintenir dans cette position. Pour cela il suffit d'un simple mouchoir, plié d'une manière convenable, que l'on passe sous le coude du côté de la fracture et que l'on noue sur l'autre épaule, l'épaule du côté malade ayant été d'abord suffisamment élevée.

Ce médecin se propose, dans cette note, d'examiner cette question :

— M. Aubert-Roche a la parole pour une question relative à l'institution des médecins sanitaires.

« Les médecins sanitaires, institués d'après l'ordonnance du 18 avril » 1847, doivent-ils, dans les postes confiés à leur surveillance, se créer une clientèle ? »

L'auteur pense que de la solution de cette question dépend l'exécution ou la mise à néant des instructions que l'Académie a été chargée de

rédiger. Examinant quelle devra être la position des médecins sanitaires en Orient, quelles seront leurs fonctions et les études auxquelles ils devront se livrer, il croit voir une incompatibilité absolue entre les devoirs qui leur sont imposés et les soins de la clientèle, et il conclut en proposant d'ajouter aux instructions cette phrase nette et précise : «Il est défendu au médecin sanitaire de se créer une clientèle ; il ne pourra voir les malades payants qu'en consultation, et sur l'appel du médecin ordinaire. »

Instruction à l'usage des médecins sanitaires du Levant. —(Commissaires : MM. Adelon, Londe, Dupuy, Mélier, Ferrus, Poiseuille, Royer-Collard, Bégin, Kéraudren, F. Dubois, Rochoux, Gérardin, Bally, et Prus, rapporteur.)

M. Prus : Par sa lettre en date du 24 août 1847, M. le ministre de l'agriculture et du commerce a invité l'Académie à préparer des instructions pour les médecins sanitaires français qui seront très-prochainement institués dans différents ports du Levant.

L'Académie a chargé de ce travail l'ancienne commission de la peste, à laquelle elle a adjoint MM. Reraudren, Rochoux, Gérardin et Bally. Organe de mes collègues, je viens vous soumettre le résultat de nos délibérations.

Le système de réforme sanitaire adopté par l'Académie et sanctionné par l'ordonnance du 18 avril dernier consiste à réduire les quarantaines autant que la prudence le permet, à la condition qu'une surveillance, exacte sera exercée par des médecins responsables aux ports de départ, pendant la traversée et à l'arrivée en France.

Le service confié aux médecins sanitaires en Orient, celui dont seront chargés les médecins sanitaires à bord des paquebots-postes et des bâtiments à vapeur du commerce, celui enfin qui sera fait par les médecins sanitaires de nos ports de la Méditerranée et du lazaret de Marseille, doivent être combinés de manière à donner à la santé publique toutes les garanties nécessaires. Il est donc indispensable que les instructions à remettre à chacun de ces médecins soient parfaitement coordonnnés.

Aujourd'hui, messieurs, nous n'avons à vous entretenir que des instructions qui vous sont demandées par l'autorité supérieure pour les médecins sanitaires qui vont être envoyés en Orient.

Ces instructions se divisent naturellement en deux sections : l'une renfermant tout ce qui concerne le service sanitaire proprement dit ; l'autre relative aux études scientifiques destinées à éclairer les nombreuses questions qu'il est urgent de résoudre touchant la peste et les quarantaines.

La constatation de l'état sanitaire du pays de départ, la visite du bâ-

timent, de l'équipage et des passagers se rendant en France, la délivrance du certificat devant servir de base à la patente de santé, la tenue des registres sanitaires, la correspondance avec M. le ministre de l'agriculture et du commerce, font l'objet de cinq paragraphes différents qui comprennent toutes les prescriptions concernant le service sanitaire.

Le second paragraphe, celui qui trace la conduite à tenir dans la visite du navire, de l'équipage et des passagers en partance, nous paraît seul pouvoir soulever quelques objections, réclamer quelques éclaircissements.

Pourquoi rechercher les conditions hygiéniques du navire, si, quelque mauvaises qu'elles soient, elles ne doivent pas décider le médecin sanitaire à demander la patente brute quand il n'existera pas d'épidémie pestilentielle ? Voici la réponse : L'examen des conditions hygiéniques du bâtiment aura le double avantage de diminuer, en cas de peste, les chances de la formation d'un foyer d'infection pestilentielle, et, dans tous les cas, de prévenir un état de choses nécessairement nuisible à la santé des personnes à bord. Le temps n'est-il pas arrivé où la médecine doit chercher à faire pénétrer dans les navires du commerce cette hygiène navale qui, introduite sur les bâtiments de la marine royale, a amené des résultats dont l'administration et l'humanité ont également à se féliciter ? Si la mauvaise tenue du navire visité n'autorise pas le consul français de la résidence à délivrer une patente brute, elle sera pour le médecin sanitaire du port d'arrivée un juste motif de sévérité dans la fixation du délai à exiger avant la mise en pratique.

Une seconde objection que nous devons prévoir est celle qui ne manquera pas d'être produite relativement à la visite des passagers avant le départ. On uous dira que c'est une gêne et une perte de temps qui ne seront subies qu'avec répugnance ; on ajoutera que, si les paquebots autrichiens et anglais n'exigent pas cette formalité, ce sera une défaveur pour les paquebots français.

Nous dirons à notre tour qu'une considération qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est qu'il importe à la santé du pays que des individus atteints de la peste ne soient pas admis sur des bâtiments se rendant en France. Nous ferons remarquer ensuite que toutes les personnes qui font quelque cas de leur existence préféreront se soumettre à une formalité que la commission a rendue aussi courte et aussi peu désagréable que possible, plutôt que de courir la chance de naviguer en compagnie d'un ou de plusieurs pestiférés.

Convaincus, messieurs, que ces raisons vous paraîtront décisives, nous allons vous exposer quelques-unes des idées qui ont présidé à la rédaction de la seconde section des instructions demandées.

Votre commission a pensé que si le premier devoir des médecins sanitaires est de ne rien négliger pour prévenir l'importation de la peste en France, là cependant n'est pas toute leur tâche. L'Académie est en droit d'espérer qu'ils sauront mettre à profit leur séjour dans les pays où l'on a fréquemment l'occasion d'observer la peste dans ses différents états et sous toutes les formes. La commission s'est donc appliquée à tracer un plan d'étude qui, suivi par chacun des médecins sanitaires, lui a paru devoir donner des notions plus positives, plus complètes que celles que la science possède jusqu'ici. Il est essentiel, pour qu'on puisse facilement comparer les travaux de nos confrères, que chacun d'eux adopte un ordre convenu d'avance. Loin de nous la pensée de leur interdire le droit d'utiliser les circonstances imprévues et d'obéir à leurs propres inspirations; mais ces études, en dehors du cercle indiqué, ne devront pas préjudicier aux études obligatoires.

Ce n'est pas devant vous, messieurs, qu'il est besoin d'établir que tous les efforts tentés pour bien connaître la peste seraient vains et stériles si on ne s'était procuré préalablement des données exactes sur les circonstances et les populations au milieu desquelles on l'observe. Comme la Société royale de médecine, son illustre devancière, l'Académie reconnaît et proclame que les maladies endémiques, sporadiques et épidémiques d'un pays resteraient éternellement couvertes d'épaisses ténèbres si une bonne topographie médicale ne venait jeter de vives clartés sur des sujets aussi obscurs, aussi difficiles, aussi complexes. Vouloir connaître l'homme et ses maladies sans tenir compte de tout ce qui l'entoure, ce serait se poser un problème insoluble. Si le médecin sanitaire n'avait pas une connaissance approfondie de l'organisme; s'il n'avait pas pénétré l'action si puissante et si variable des nombreux agents qui le modifient à chaque instant et sont modifiés par lui en un mot, s'il n'avait pas présent à l'esprit cet échange mutuel, incessant, du corps de l'homme avec les corps qui l'entourent, échange merveilleux qu'on appelle la vie, jamais il ne pourrait aborder avec confiance ni avec succès l'étude des maladies qui sévissent sur les populations qu'il aura continuellement sous les yeux. Il prendra donc en considération le sol, les eaux, l'atmosphère, les végétaux, les animaux de la contrée, en même temps qu'il se livrera à l'étude des habitants et de leurs maladies ordinaires ou accidentelles.

Sans doute la peste sera le but spécial des investigations du médecin sanitaire; mais il ne devra pas oublier que dans la pathologie, comme dans les autres branches des connaissances humaines, un fait scientifique n'est véritablement acquis que quand on sait celui qui le précède et celui qui le suit. Le moment est arrivé où une maladie qui a tant de fois et si cruellement exercé ses ravages sur des populations entières

doit prendre définitivemént son rang parmi les autres maladies. Cette détermination nosologique est d'une grande importance pour les mesures à conseiller dans l'intérêt de la santé publique.

Nous n'arrêterons pas votre attention, messieurs, sur toutes les questions qu'il importe de résoudre touchant la peste et les quarantaines; les plus essentielles sont indiquées dans notre projet d'instruction. Nous voulons seulement vous faire remarquer que les derniers travaux sur la peste ont posé en quelque sorte un problème nouveau, digne à tous égards des recherches et des méditations des médecins. Il existe en Égypte, en Syrie et en Turquie, des lieux qui produisent la peste et d'autres qui ne l'engendrent pas. Quelles sont les différences que l'on peut constater entre les uns et les autres? Telle est la question dont la solution est surtout à désirer, puisque cette solution peut nous fournir les moyens de prévenir tout développement ultérieur de la peste.

La tâche imposée aux médecins sanitaires envoyés en Orient est aussi difficile qu'importante. Toutefois, nos confrères ne doivent pas s'effrayer des obstacles qu'ils auront à vaincre. Ce que l'Académie attend d'eux, c'est une observation attentive, consciencieuse, patiente, dégagée de toute idée préconçue, libre de toute préoccupation théorique. Personne ne peut prévoir les résultats auxquels conduiront des recherches faites sur plusieurs points par des hommes instruits et travaillant dans une complète indépendance. A l'Académie reviendra le soin de comparer ces résultats; on pourra saisir alors les effets dus à la différence des temps, des climats, des populations; et ainsi s'amasseront, en peu d'années, des connaissances positives, vraiment utiles à la science et dignes de la confiance générale.

Nous terminerons ici ces explications pour vous donner immédiatement lecture du projet d'instruction adopté par votre commission, projet qui devra subir toutes les modifications que l'administration, mieux éclairée, croira devoir y apporter.

Projet d'instruction pour les médecins sanitaires qui seront prochainement envoyés dans le Levant. — Les instructions à remettre aux médecins sanitaires envoyés en Orient doivent être divisées en deux sections : l'une relative au service dont ils seront chargés par l'administration ; l'autre ayant pour objet les études scientifiques propres à jeter de nouvelles lumières sur toutes les questions relatives à la peste et aux quarantaines.

Première section. — Service sanitaire. — I. *Constatation de l'état sanitaire du pays de départ.* Cette constatation est le but principal de la mission des médecins sanitaires en Orient.

Art. 1er. Aussitôt leur arrivée dans les ports dont la surveillance leur sera confiée, chacun d'eux se livrera à une enquête attentive et inces-

sante de l'état de santé des populations au milieu desquelles il résidera.

A cet effet, il devra faire partie des conseils ou comités consulaires de santé déjà établis dans les ports du Levant ; il se mettra en rapport avec les médecins, les pharmaciens et toutes les personnes instruites de la localité ; il visitera fréquemment les hôpitaux et les quartiers les plus misérables et les plus insalubres de la ville.

Art. 2. Il se tiendra au courant, à l'aide de documents officiels, s'il en existe, ou par toute autre voie, du mouvement de la population, c'est-à-dire du nombre des naissances et des décès par chaque mois.

Art. 3. Il s'efforcera de connaître les conditions de santé des navires entrés dans le port et des caravanes venues de l'intérieur des terres.

Art. 4. Il n'oubliera jamais que, dans les ports du Levant, la peste se montre soit à l'état sporadique, soit à l'état épidémique, et que, dans ce dernier cas, elle est tantôt produite par des causes locales, tantôt importée de contrées plus ou moins éloignées, par l'atmosphère, par les navires, par les pestiférés, et peut-être par leurs vêtements.

Il s'appliquera constamment à préciser ces circonstances diverses d'une grande importance pour l'hygiène publique.

II. *Visite du bâtiment, de l'équipage et des passagers se rendant en France.* Art. 5. Toutes les fois que le médecin sanitaire aura reçu du consul français de la résidence l'invitation de délivrer le certificat d'après lequel sera rédigée la patente de santé du navire en partance, il procédera, ainsi qu'il va être dit, aux opérations nécessaires pour éclairer son jugement sur les faits qu'il importe de faire connaître en même temps que l'état sanitaire du pays de départ.

Art. 6. Il prendra d'abord connaissance de la déclaration écrite du capitaine, laquelle aura été adressée au consul et transmise au médecin sanitaire. Cette déclaration indiquera la nature et la qualité des marchandises embarquées, le nombre et la provenance des passagers, le rôle de l'équipage, les rencontres à la mer pendant la dernière traversée, les relâches du navire pendant les trois mois qui ont précédé son arrivée au port, la date des dernières maladies qui ont existé à bord, la manière dont elles se sont terminées, enfin l'existence ou la non-existence actuelle de malades sur le navire.

Muni de cette pièce, le médecin sanitaire se rendra à bord.

Art. 7. Ne perdant jamais de vue les circonstances qui peuvent favoriser la formation d'un foyer d'infection pestilentielle, il examinera si les locaux destinés à l'habitation et au coucher présentent l'espace nécessaire ; il recherchera le nombre des personnes à bord, le degré de viciation ou d'humidité de l'atmosphère du navire, enfin les moyens d'aération.

Art. 8. Il passera de l'examen des navires à celui des hommes de l'équipage et des passagers.

Le médecin sanitaire se rappellera que la peste, même à son début, trahit presque toujours sa présence par des phénomènes extérieurs. Il portera successivement son attention sur les caractères du pouls, sur l'état de la langue, sur l'aspect des yeux, sur l'expression de la physionomie, sur la démarche plus ou moins assurée de la personne qu'il examinera.

La palpation des régions inguinales et axillaires ne sera indiquée que quand quelques symptômes exciteront une suspicion légitime ; et encore ne devra-t-elle jamais avoir lieu qu'avec tous les ménagements que commande le respect des personnes.

Art. 9. En temps ordinaire, c'est-à dire quand il n'existera pas d'épidémie pestilentielle, les opérations qui viennent d'être prescrites seront suffisantes. En cas d'épidémie pestilentielle, quelques précautions spéciales pourront devenir nécessaires. Lorsque le médecin sanitaire aura séjourné dans la chambre d'un pestiféré, ou se sera personnellement compromis de toute autre manière, la visite du bâtiment, des passagers et de l'équipage sera faite, sur les paquebots-postes et sur les bâtiments de la marine royale, par les médecins du bord, et pour tous les navires du commerce n'ayant pas de médecin, par un médecin de la localité indiqué par le médecin sanitaire, et désigné par le consul français de la résidence.

III. *Délivrance du certificat devant servir de base à la patente de santé.*

Art. 10. En temps ordinaire, le médecin sanitaire établira dans son certificat :

1° L'état sanitaire du pays de départ ;

2° Les conditions hygiéniques du navire en partance ;

3° L'état de santé de l'équipage et des passagers ;

Enfin, il formulera clairement sa conclusion pour la patente nette ou pour la patente brute.

Art. 11. Quand le médecin sanitaire aura été exposé à contracter la peste épidémique, et aura dû, par cette raison, s'abstenir de faire la visite du navire; des passagers et de l'équipage, le certificat du médecin du bord ou du médecin de la localité sera annexé à celui du médecin sanitaire qui aura constaté l'existence de l'épidémie pestilentielle, et aura demandé, en conséquence, la délivrance de la patente brute.

IV. *Tenue des registres sanitaires.* Art. 12. Afin de pouvoir se rendre compte en tout temps de ses opérations, et pour être toujours à même de fournir des documents authentiques et précis à l'autorité supérieure, chaque médecin sanitaire tiendra avec le plus grand

soin plusieurs registres cotés et parafés par le consul résident.

Ces registres porteront les nos 1, 2 et 3.

Le registre no 1 comprendra mois par mois :

La copie textuelle des certificats de santé délivrés aux bâtiments partis pour la France ;

Des renseignements aussi complets que possible sur l'état sanitaire des navires étrangers ou nationaux partis pour d'autres destinations ;

Le nombre des arrivages, soit par mer, soit par terre ;

Le résultat, sous le rapport sanitaire, des investigations faites dans les hôpitaux et dans la ville ;

Le mouvement de la population.

Le registre no 2 renfermera la copie littérale de tous les rapports adressés soit à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, soit aux autorités désignées par lui, et celle des ordres, instructions ou autres documents officiels reçus par le médecin sanitaire.

Le registre no 3 sera destiné à contenir la correspondance avec les autres médecins sanitaires institués en Orient, c'est-à-dire la copie des lettres écrites et reçues pour cause de service et dans l'intérêt de la mission commune que tous doivent concourir à remplir.

V. *Correspondance avec le ministre.* — Art. 13. Tous les mois, le médecin sanitaire adressera au ministre le tableau complet des certificats délivrés par lui, et inscrits sur le registre sanitaire au fur et à mesure de leur délivrance.

Il joindra à ce tableau un rapport sur l'état de la santé publique pendant le mois écoulé.

Le médecin sanitaire rédigera, en outre, tous les ans un rapport très-détaillé sur l'état sanitaire du pays dans lequel il résidera.

Art. 14. Les rapports annuels des médecins sanitaires seront communiqués à l'Académie royale de médecine, qui, à son tour, adressera tous les ans à M. le ministre de l'agriculture et du commerce un résumé de ces travaux, résumé dans lequel elle fera ressortir les faits importants et les conséquences à en déduire, soit pour maintenir ou modifier les dispositions en vigueur, soit pour restreindre ou augmenter le nombre de celles-ci.

Art. 15. Si les consuls des autres nations réclamaient l'assistance des médecins sanitaires français, ceux-ci feraient droit à leur demande en remplissant, pour les navires qui leur seraient indiqués, toutes les formalités prescrites par les trois premiers paragraphes de la présente instruction.

Deuxième section. — Études scientifiques. — Il est impossible de comprendre l'endémie de la peste; il est impossible de bien connaître la peste à l'état sporadique ou épidémique, si l'on n'a pas étudié préalable-

ment et pendant une assez longue série d'années la topographie médicale des contrées où la maladie se manifeste habituellement.

Le premier devoir, comme le premier besoin des médecins sanitaires, sera donc de se livrer à cette étude dès leur installation dans les différents ports du Levant.

La topographie médicale de la localité dans laquelle chacun d'eux sera placé comprendra tout ce qui a rapport au sol, aux eaux, à l'atmosphère; elle indiquera toutes les espèces végétales et animales qui s'y rencontrent; enfin, elle fera connaître l'homme dans toutes ses conditions de santé et de maladie.

Sol. Le médecin sanitaire déterminera la position géographique du sol, son degré d'élévation au-dessus du niveau de la mer, son exposition, sa configuration; la composition et l'inclinaison de ses couches superficielles et profondes; la nature des matériaux employés pour les constructions dans les villes et dans les villages; la hauteur des maisons et des étages; les moyens mis en usage pour le renouvellement de l'air; la largeur et la propreté des rues; la position et l'entretien des cimetières; l'état des prisons, des hôpitaux, des murs d'enceinte, des places et des promenades publiques.

Eaux. Il fera connaître la qualité des eaux servant de boisson; les diverses substances que contiennent ces eaux suivant les différentes saisons; l'état et la profondeur des puits, des citernes, des mares; le nombre et la direction des rivières et des canaux; la fréquence et la durée des inondations; l'étendue et la profondeur du port; la pureté ou l'impureté de ses eaux; l'isolement ou le mélange des eaux salées; la situation et les superficies des étangs et des marais les plus voisins des habitations.

Atmosphère. Les observations météorologiques exigeront les soins assidus du médecin sanitaire. Il s'attachera à connaître toutes les modifications que peut éprouver l'atmosphère. Ainsi, il constatera avec exactitude :

La pression de l'air;
Sa température;
Son degré de sécheresse ou d'humidité;
Son état électrique;
Enfin, la provenance, la direction et la durée des vents.

Végétaux. Il signalera, d'une part, les plantes qui croissent dans la localité, naturellement et sans culture, et, d'une autre part, celles qui sont cultivées, en indiquant le plus ou moins grand acclimatement des espèces importées. Il insistera sur l'étude des forêts, des avenues, de toutes les plantations d'arbres qui contribuent si puissamment à rendre

l'air salubre, et sur celle des végétaux qui fournissent ou peuvent fournir à l'homme des aliments ou des médicaments.

Animaux. Tous les animaux existant dans les contrées seront soumis aux recherches du médecin sanitaire. Commençant par l'indication sommaire des espèces placées au bas de l'échelle zoologique, il s'élèvera de degré en degré jusqu'aux animaux les plus rapprochés de l'homme. S'aidant de la connaissance acquise de leur organisation, il les observera avec soin dans leur état de santé et dans leurs maladies diverses. Les épizooties, considérées au point de vue de médecine comparée, devront occuper une place importante dans les recherches prescrites.

C'est ainsi que le médecin sanitaire arrivera progressivement à l'étude de l'homme, le premier des êtres de la création, mais aussi l'organisation la plus complexe, la plus délicate, la plus soumise à l'empire des causes provenant du sol, des eaux, de l'atmosphère, des végétaux et des animaux qui l'entourent.

L'homme sera considéré dans sa taille, dans sa constitution, dans ses fonctions de nutrition et de relation, dans son alimentation, dans sa manière de vivre, dans sa profession, dans son état d'aisance ou de misère, dans ses mœurs, ses coutumes, son gouvernement et sa religion.

Chacune des races composant la population sera étudiée isolément. Les indigènes seront l'objet d'une attention spéciale ; leurs différences ou leurs ressemblances avec les individus étrangers à la localité, le degré d'acclimatement de ceux-ci, seront autant de points à noter.

Le médecin sanitaire dressera par saisons et par mois le tableau des maladies habituellement régnantes dans la ville où il sera placé ; il mentionnera toutes les particularités intéressantes qu'elles pourront offrir.

Les longues et difficiles recherches qui viennent d'être énoncées ne concernent cependant que l'état permanent, l'état ordinaire des contrées à étudier. Il restera à déterminer par des informations puisées à des sources respectables, par l'examen de documents et de preuves de toute nature, les changements survenus dans la santé publique par suite de conditions accidentelles et extraordinaires, telles que des chaleurs ou des froids excessifs, une sécheresse ou une humidité très-prolongée, la réunion d'une chaleur ou d'un froid intense avec une très-grande sécheresse, des brouillards inaccoutumés, des orages violents, des ouragans, des tremblements de terre.

Les suites si désastreuses, pour la santé publique, des famines et des guerres appelleront l'attention spéciale du médecin sanitaire, qui s'appliquera à rechercher quelles sont les maladies qui, dans les lieux donnés, ont accompagné ou suivi ces fléaux.

Il présentera l'histoire aussi complète que possible des épidémies observées dans la localité, et surtout des épidémies pestilentielles dont il s'efforcera de saisir les rapports de succession ou de simultanéité avec les autres épidémies.

Il recherchera si les épidémies de peste affectent des retours périodiques ou se manifestent à des époques irrégulières.

Tel est l'ensemble des enseignements qu'on devra trouver dans chacune des topographies que rédigeront les médecins sanitaires envoyés en Orient. Ils auront ainsi classé méthodiquement les faits scientifiques dont aucun ne sera inutile, qui, tous, peuvent être nécessaires pour éclairer, pour féconder les études ultérieures auxquelles ils devront se livrer.

Si ces travaux sont exécutés avec la sagacité, avec la précision, avec la sévérité d'observation que l'Académie est en droit d'attendre des médecins sanitaires, alors, mais alors seulement, l'étude complémentaire de la peste pourra être abordée avec l'espérance de résoudre des problèmes qui ne peuvent, sous peine d'un préjudice grave pour la santé publique et pour les relations commerciales, rester plus longtemps sans une solution définitive.

L'attention des observateurs devra se concentrer sur trois points principaux : étude de la peste sporadique; étude da la peste épidémique ; étude des lieux où la peste prend spontanément naissance.

Peste sporadique. Aussitôt que l'occasion s'en présentera, les médecins sanitaires recueilleront des observations détaillées dans le but de faire connaître les caractères symptomatiques, la marche, la durée, le traitement, les terminaisons, les lésions anatomiques, la transmissibilité de la peste sporadique. La solution de cette dernière question est du plus haut et du plus urgent intérêt pour l'administration sanitaire.

Peste épidémique. Si une épidémie pestilentielle vient à apparaître, il faudra établir l'époque précise où le chiffre habituel de la mortalité aura été augmenté; étudier avec le plus grand soin les caractères symptomatiques et anatomiques des maladies auxquelles paraîtra devoir être rapportée cette augmentation de mortalité; recueillir avec une attention scrupuleuse toutes les circonstances relatives aux premiers cas de peste bien caractérisée, afin de pouvoir établir s'il y a eu ou s'il n'y a pas eu importation. Le médecin sanitaire apportera la plus grande rigueur dans l'examen des preuves sur lesquelles il croira devoir fonder son opinion.

Il suivra pas à pas, jour par jour, les progrès de la maladie.

Il relatera exactement la durée de chacune des périodes de l'épidémie; il tiendra note des symptômes, de la mortalité relative, des altérations pathologiques de ces diverses périodes.

Il inscrira l'âge, le sexe, la race, la classe, la profession des individus attaqués et des morts.

Quoique les questions relatives à l'incubation de la peste et à sa transmissibilité, soit par les hommes, soit par les choses, ne puissent être résolues d'une manière concluante que sur les navires à la mer ou dans les lazarets européens, le médecin sanitaire d'un des ports du Levant ne devra cependant négliger aucune des circonstances propres à jeter du jour sur les points litigieux, mais en tenant toujours un compte suffisant et de l'influence épidémique et des foyers d'infection pestilentielle que peuvent former les malades.

Il ne perdra jamais de vue qu'une étude aussi importante que généralement négligée jusqu'ici est celle qui concerne les conditions de transmissibilité de la peste, conditions qui résultent surtout des lieux, de l'atmosphère, de l'état des populations ou des individus compromis.

Quand l'épidémie pestitentielle viendra à cesser, il faudra prendre la date de cette cessation et dire si elle a eu lieu sous des influences appréciables.

Faut-il ajouter que c'est surtout avant l'invasion et pendant toute la durée des épidémies pestilentielles que le médecin sanitaire devra observer avec exactitude tous les changements, toutes les variations survenus dans les qualités du sol, des eaux, de l'atmosphère, de l'alimentation, dans les dispositions physiques et morales des habitants ?

Après l'étude de l'épidémie et de ses phases, viendra l'exposé des recherches faites sur la pathologie de la peste épidémique.

Des observations particulières seront recueillies avec les détails nécessaires. Tous les appareils fonctionnels seront successivement interrogés ; la percussion et l'auscultation de la poitrine, qui ne paraissent pas avoir été pratiquées chez les pestiférés, le seront avec toute la précision convenable. Les liquides sortis du corps des malades pendant leur vie ou recueillis après leur mort seront le sujet d'investigations attentives. Le sang, la bile, l'urine, la sueur, pourraient, par leur analyse, fournir des indices précieux pour le diagnostic différentiel de la peste. Les exanthèmes variés qu'offre souvent la peau des pestiférés n'ont été décrits que d'une manière imparfaite ; il y a là matière à un curieux et utile travail.

Une connaissance plus complète des symptômes et de la marche de la peste, dans les circonstances variées de son existence, permettra d'établir les diverses formes sous lesquelles elle se présente.

Enfin, l'anatomie pathologique apportera, toutes les fois que la chose sera possible, son très-utile concours. Elle fera connaître avec détail et précision toutes les altérations des solides et des liquides.

Lieux où naît spontanément la peste. — Jamais, que nous sachions,

la peste ne s'est développée spontanément dans un endroit ne réunissant pas des conditions évidentes d'insalubrité. Ce fait est capital pour l'hygiène publique. Il apprend que, si les causes qui rendent insalubres les localités dans lesquelles la peste naît sans aucune importation peuvent être connues et détruites, on est autorisé à déclarer qu'on peut prévenir le retour de la peste dans les contrées qui lui ont encore donné naissance il y a peu de temps.

Tous les efforts des médecins sanitaires français envoyés en Orient devront donc tendre à ce but si important et si digne d'exciter leur émulation.

Lorsqu'un cas de peste sporadique ou épidémique se sera manifesté sur un point, il faudra s'assurer s'il a ou s'il n'a pas été importé, soit d'autres contrées, soit de localités voisines appartenant à la même contrée. Si le résultat de cet examen est négatif, le médecin sanitaire se livrera à une étude minutieuse du lieu où ce cas de peste aura été observé, en suivant l'ordre indiqué dans le plan de topographie médicale qui a été tracé plus haut. Il devra, en outre, s'attacher à faire ressortir les ressemblances et les différences de cette localité avec celles du même pays qui n'engendrent jamais la peste.

Quelques instructions annexes devront être ajoutées à celles ci-dessus.

La première et la plus essentielle sera relative aux précautions à prendre pour que toutes les observations météorologiques, faites par les médecins sanitaires sur différents points de l'Orient, puissent être facilement rapprochées. Le bureau des longitudes veut bien se charger de la vérification et de la comparaison des instruments qui seront remis aux médecins sanitaires et dont ils resteront responsables.

M. Castel : l'Académie n'a pas oublié les péripéties qu'a subies le rapport sur la peste et les quarantaines, l'opposition qu'il a soulevée dans le sein même de la commission. Vous n'avez pas oublié que la discussion, à mesure qu'elle s'est prolongée, n'a eu rien de solennel ; que le nombre des votants sur les conclusions partielles a été fort exigu (de 4 à 6) ; que la lassitude a amené l'adoption du rapport en masse. Peut-être aussi, messieurs, n'avez-vous pas oublié la hardiesse avec laquelle je soulevai un coin du voile qui cachait le dénoûment auquel nous assistons, et la protestation de M. le secrétaire annuel contre le pronostic dans lequel je laissais entrevoir l'issue du rapport. L'institution de médecins sanitaires n'y avait point encore pris place. Je rappelle ces circonstances, parce que j'ai le dessein de n'abandonner ni les intérêts de l'administration, ni la gloire de l'Académie : je ne dissimule point mes sympathies ; et, pour ce qui regarde l'administration, j'estime qu'entre les hommes qui commandent et ceux qui obéissent il doit y

avoir réciprocité de dévouement. Les prévenances de l'administration méritent notre reconnaissance ; j'en acquitte ma part en lui disant la vérité : l'établissement de médecins français dans les ports de l'Orient deviendra la source d'embarras inextricables, de dépenses qui s'accroîtront de jour en jour ; il sera précaire.

Et quant à ce qui regarde l'Académie, je ne serai que l'interprète ou l'écho de l'opinion dominante dans le monde médical en proclamant que, sans réflexion et témérairement, nous avons ouvert une voie qui ne sera profitable ni à la science ni à l'humanité. Le projet d'instruction soumis à votre examen justifie ce que je viens d'avancer. Des médecins sont envoyés en Orient; ils n'y apporteront sur la peste et sur la contagion d'autres vues que celles qu'ils auront puisées dans les livres, et cependant leur service commencera dès qu'ils seront installés; ils auront la prééminence sur les médecins attachés au service des navires. On leur dit : « Vous exercerez une fonction ; ensuite vous vous ren-
» drez aptes à la remplir ; vous constaterez l'existence de la peste dans
» les localités et chez les individus ; ensuite vous apprendrez à con-
» naître ses symptômes. » Ainsi l'exercice précédera l'étude..,

Je ne décomposerai point ce luxe de lieux communs, de préceptes incohérents, d'idées fausses qu'on rencontre dans l'esquisse qui vous est offerte. En la lisant, je me suis demandé si elle était écrite pour des élèves et si la pathologie était née d'hier. Dans le rapport, on avait défini la civilisation ; ici, on indique un à un les matériaux d'une topograpie médicale, comme si nous manquions de modèles.

Il y a absence des notions les plus élémentaires dans la supposition que renferme ce précepte : « Le médecin sanitaire recherchera si les
» épidémies de peste affectent des retours périodiques ou se manifestent
» à des époques irrégulières. » La peste épidémique serait donc susceptible de naître, de se développer indépendamment de l'influence des émanations du sol et des eaux, des saisons et de l'état de l'atmosphère. Dans cette éventualité, les inductions tirées de l'étude de la topographie seraient donc en défaut ! Les causes ordinaires d'une maladie ne sont jamais étrangères ni à sa périodicité ni à sa propagation. Aussi beaucoup de médecins et le public ont-ils signalé l'inconséquence, la légèreté avec laquelle on a annoncé les approches du choléra et provoque des mesures de précaution.

La commission avait posé en principe que la peste n'est contagieuse que lorsqu'elle est épidémique. Dans l'instruction, elle dit que lorsque cette maladie sera épidémique, le médecin sanitaire devra s'abstenir de visiter le navire, de peur d'y apporter la peste : ainsi ses fonctions cesseront dès que le danger commencera.

Les sections 3 et 4 de l'instruction prescrivent un relevé d'écritures,

de notes, qui ne serait pas au-dessus de la portée d'un commis ou d'un tabellion ; elles contiennent une série d'empiétements, soit sur le rôle des médecins des navires et du port, soit sur les attributions du consulat. Que restera-t-il à faire au consul, à son chancelier, à ses bureaux? A écrire une patente.

La visite des passagers, prescrite dans la deuxième section, dépasse, sous le rapport de l'inutilité, des vexations, tout ce qui était prescrit par les anciens règlements, tout ce qui était usité dans les lazarets. Les précautions n'étaient que préventives, la commission veut les rendre inquisitoriales. Les entraves qui gêneront le commerce seront doubles. Au reste, le ridicule, l'inconvenance de cette mesure, l'impossibilité de son exécution, ne laissent pas le besoin de rechercher si elle peut conduire à un résultat certain. Outre l'équipage, un bâtiment porte des voyageurs. Exigera-t-on de gens de bonne compagnie qu'ils se mettent nus comme des conscrits pour être visités? S'ils résistent, comment les y contraindre? Je ne veux point déconcerter la gravité qui sied à une réunion de médecins ; mais enfin n'y a-t-il pas là quelque chose qui fera souvenir de la scène dans laquelle un gentilhomme se débat entre deux médecins qui.... je n'achèverai point.

M. le rapporteur ne conteste point les inconvénients de cette visite, et toutefois il en maintient la nécessité : elle est en effet le nœud de la pièce; en la supprimant, on supprimerait l'emploi. « Elle n'aura pas lieu, disent les personnes tolérantes; elle n'est prescrite que pour la forme « Rester nuls sera donc, pour les médecins sanitaires, l'unique chance d'être tolérés. Faut-il compter cette création parmi les sacrifices que les hommes en place, alors même qu'ils ne manquent point de lumières, se croient obligés de faire à ce besoin de popularité qui est une des plaies de notre époque? Je ferai remarquer, à cette occasion, que les auteurs du projet n'ont pas négligé d'avoir recours à la puissance du journalisme, prêt à intervenir toujours et en toutes choses. Bientôt il reprochera, que dis-je? il reproche déjà à l'administration une dépense à laquelle il l'aura poussée. Je m'abstiens de répéter, au sujet de ces manœuvres auxquelles des médecins ne restent point étrangers, la censure qu'elles ont provoquée dans cette enceinte et dans les congrès tenus par les hommes qui étudient ; elles compromettent la dignité du médecin. Sans faire de bruit, sans nous produire dans les journaux étrangers à la médecine, nous acquerrons assez d'importance si nous savons guérir.

M. le président : Je ferai remarquer à M. Castel qu'on ne peut mettre en question l'opportunité des instructions demandées par l'autorité.

M. Rochoux : Je ne suis point partisan de l'institution des médecins sanitaires. Je crois cette institution inutile ; mais, puisqu'elle est adoptée,

je n'ai plus d'objections à faire. Je pense que l'expérience en démontrera suffisamment l'inutilité.

On passe à la discussion des articles. Les art. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9, formant les deux premiers paragraphes, sont successivement adoptés avec de légères modifications de rédaction.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 6 NOVEMBRE. — PRÉSIDENCE DE M. BÉGIN.

Instructions aux médecins sanitaires. — L'ordre du jour est la suite de la discussion sur les instructions à donner aux médecins sanitaires. L'Académie s'était arrêtée, dans la précédente séance, au vote de l'art. 9.

L'art. 10 est mis en délibération.

M. Mélier demande la suppression des mots *en temps ordinaire*, la mesure proposée s'appliquant à tous les temps. Cette suppression est consentie par M. le rapporteur. L'article est adopté avec cette modification.

Art. 11. — M. Desportes demande la suppression de l'article : « Le médecin sanitaire ne doit cesser ses fonctions qu'autant qu'il en sera empêché par la maladie. »

M. Prus : S'il ne s'agissait que de la personne des médecins sanitaires, je serais parfaitement de l'avis de M. Desportes ; mais il s'agit ici d'un règlement administratif, dans lequel il y a d'autres intérêts à prendre en considération. Nous sommes tous persuadés qu'on ne donne la peste que lorsqu'on l'a soi-même ; mais l'administration ne croira pas moins que, lorsqu'un médecin aura été compromis, il y aura à craindre pour les personnes de l'équipage qu'il devra visiter. Il ne faut pas aller trop loin dans les réformes, si l'on ne veut s'exposer à rétrograder.

M. Castel demande la suppression de l'article comme inexécutable. En temps d'épidémie, le médecin sanitaire sera toujours compromis, il devra donc cesser son service alors qu'il serait le plus utile.

M. Gerdy voudrait que l'article fût conçu de manière à faire comprendre que c'est dans l'intérêt de la sécurité de l'administration que cette disposition est proposée. Ainsi on dirait : « Pour la tranquillité de la population et de l'administration, le médecin sanitaire s'abstiendra, etc. »

H. Prus adhère à cette addition.

M. Castel : La commission de la peste a établi dans son rapport que la peste n'est contagieuse que lorsqu'elle est épidémique. L'art. 11 est en contradiction avec ce principe ; il faut en changer la rédaction ou se mettre d'accord avec tous les congrès scientifiques.

M. Lagneau désirerait une rédaction plus claire. On ne distingue pas

assez dans l'article les attributions du médecin sanitaire de celles du médecin qui serait appelé à le suppléer.

M. Londe : Il est bien entendu que le médecin sanitaire sera toujours compromis en temps d'épidémie ; on rendra donc ainsi son service illusoire. D'un autre côté, on sait très-bien que les capitaines ne laissent jamais entrer personne à leur bord. Enfin, autoriser le médecin du bord à faire la visite de l'équipage, c'est le faire juge dans sa propre cause.

M. Guéneau de Mussy voudrait que l'on rapportât dans cet article les dispositions de l'art. 9, dont celui-ci n'est qu'un corollaire.

Les deux propositions additionnelles faites par MM. Gerdy et Guéneau de Mussy sont mises aux voix et adoptées. L'ensemble de l'article est adopté avec ces modifications.

Art. 12 (formant à lui seul le paragraphe 4), est adopté sans discussion.

Art. 13. — M. Castel demande ce qu'il restera à faire au consul.

M. Prus : A délivrer la patente. Il sera affranchi de toute attribution médicale. (L'article est adopté.)

Art. 14. — M. Gaultier de Claubry demande que cet article soit annexé au paragraphe 3. Cette proposition n'étant pas appuyée, l'article est mis aux voix et adopté.

Art. 15. Adopté sans discussion.

Instructions scientifiques. — On passe à la discussion des instructions scientifiques, qui ont été adoptées, après une discussion confuse, sans modification importante.

L'ensemble du rapport est mis aux voix et adopté.

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE.

Correspondance. — M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie :

1° Un rapport rédigé par M. Guizard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lons-le-Saunier, au sujet d'une fièvre scarlatine dont la commune de Bornay a été affectée en août et septembre derniers ;

2° Un rapport de M. Roussel, médecin des épidémies du quatrième arrondissement de la Moselle, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Carling, commune de l'hôpital, pendant les mois de mars, avril, mai et juin, et dans la commune de Barst-Morienthal en février et mars derniers ;

3° Une petite notice avec envoi d'échantillons d'eaux minérales de Propiac (Drôme), avec demande d'un rapport.

M. Villeneuve adresse à M. le président une lettre par laquelle il annonce se démettre des fonctions de juge du concours pour la chaire de clinique chirurgicale, auxquelles l'a appelé le choix de l'Académie. Il

motive cette détermination sur des bruits calomnieux qui auraient couru sur son compte au sujet de sa nomination, et qui porteraient atteinte à son honneur, ainsi qu'au discernement des collègues qui l'ont élu.

Sur quelques observations de M. Moreau et de M. Orfila, M. Villeneuve est vivement sollicité de retirer sa démission.

Tétanos général guéri par les inhalations éthérées. — M. Petit (d'Ermenonville) adresse l'observation d'un cas de tétanos général guéri par les inhalations éthérées. L'amélioration n'arriva que graduellement et avec beaucoup de lenteur. Ce n'est qu'après trois jours de traitement que la guérison put être considérée comme assurée. Le vingtième jour lle était complète.

L'auteur pense que les inhalations d'éther ont eu, dans ce cas, une influence heureuse, en modifiant les contractions des muscles des parois de la poitrine et en empêchant le malade d'être étouffé avant que la maladie ait commencé à décroître.

Un autre fait découle de cette observation : c'est celui de la possibilité de s'habituer aux inhalations d'éther de manière à n'en plus ressentir aucune influence. Le sujet de cette observation était devenu tellement insensible à l'action de l'éther, qu'un jour M. Petit, voulant voir jusqu'à quel point était arrivée cette tolérance, n'obtint aucun résultat, quoiqu'il eût persisté pendant plus d'un quart d'heure et employé plus de 200 grammes d'éther.

Taille et lithotritie. — M. Gaillard (de Poitiers) adresse un tableau analytique de 27 calculeux traités par lui à l'hôpital de Poitiers. Sur ces 27 calculeux, il y avait : hommes, 24 ; femmes, 4 ;—enfants au-dessous de 16 ans, 6 ; adultes, 21. — Deux malades n'ont subi aucun traitement. 25 malades ont été traités; mais il y a eu 16 tailles et 11 lithotrities, total 27, parce que 2 malades ont été soumis à la lithotritie d'abord, puis à la taille. Ils ont guéri tous les deux. Sur ces 25 malades, 23 ont guéri ; 2 sont morts. Tous les lithotritiés ont guéri. Des taillés, 1 est mort six jours après l'opération à la suite d'une suppuration du tissu cellulaire du petit bassin ; le second ou sixième jour, à la suite d'une bronchite, 2 malades se sont présentés en récidive. Tous les 2 avaient été opérés par la lithotritie. L'un d'eux était atteint d'un calcul développé autour d'une épingle; le second avait gardé longtemps un fragment de sonde dans la vessie.

Quant aux causes qui ont fait préférer la taille à la lithotritie dans chaque cas particulier, M. Gaillard les a résumées ainsi en divisant les maladies en séries.

Première série. — Ceux qui, étant placés dans des circonstances très-favorables, ont droit à la lithotritie ; elle est alors aussi facile que peu dangereuse.

Deuxième série. — Ceux qui, placés d'abord dans de bonnes conditions, doivent être taillés à cause du volume du calcul, de sa dureté, etc. L'opération, bien que plus grave que la précédente, donne encore de beaux résultats.

Troisième série. — Les malades amaigris, épuisés par un mouvement fébrile continu ; pour ceux-ci, les deux opérations ne sont pas moins graves l'une que l'autre.

Quatrième série. — Enfin les malades qui, placés entre les deux premières séries, peuvent être, suivant les circonstances, rangés dans l'une ou dans l'autre. Pour ces derniers, la tolérance de la vessie décide de leur sort : si le réservoir urinaire se comporte bien, la lithotritie étend son pouvoir sur les calculs volumineux ; au contraire, une excessive intolérance peut forcer les chirurgiens à tailler un petit calcul.

Deux de ces malades ont été éthérisés avec succès.

Désarticulation coxo-fémorale. — M. Hénot, chirurgien en chef à l'hôpital militaire d'instruction à Metz, est autorisé, sur sa demande, à présenter à l'Académie un amputé qui a été opéré par lui de la désarticulation coxo-fémorale du côté droit, pour une exostose volumineuse et compliquée du fémur.

Cet homme, âgé de 26 ans, bien constitué, portait depuis trois ans une exostose volumineuse, fusiforme, éburnée, occupant le fémur droit jusqu'aux trochanters. Cette tumeur était compliquée d'altération organique profonde et de destruction partielle du système médullaire du fémur, de fistules perforantes de cet os, d'abcès symptomatiques, de fièvre hectique et de marasme commençant. La désarticulation coxo-fémorale était la seule ressource qui pût sauver la vie du malade. Elle fut pratiquée le 23 mai dernier, après qu'on eut toutefois éthérisé le malade.

L'auteur fit choix de la méthode à lambeaux, et particulièrement du procédé à lambeaux antérieur et postérieur de Béclard, modifié seulement en ce qu'il donna plus de longueur au lambeau postérieur dans une proportion d'un tiers environ, de manière qu'il embrassât complétement la région ischiatique après la réunion de la plaie et que la cicatrice de celle-ci fût placée en avant. Cette amputation ne présenta d'autre accident qu'une hémorrhagie effrayante due à l'inefficacité de la compression provisoire de l'artère crurale sur le pubis. Elle fut instantanément arrêtée par la compression directe et la ligature de cinq artères.

L'opération, y compris la ligature du lambeau antérieur, fut faite en cinq minutes 30 secondes. Le malade déclara n'avoir pas souffert et avoir rêvé qu'il exerçait son ancienne profession de tisserand. La plaie fut réunie sans efforts et avec soin à l'aide de six points de

suture entrecoupée. A partir de l'opération, il n'est survenu aucun accident important. La plaie s'est réunie par première intention dans les quatre cinquièmes au moins de son étendue, et cette réunion immédiate était d'autant plus remarquable que cette plaie avait environ 25 centimètres de longueur, et autant en largeur et en profondeur.

Les ligatures tombèrent du dix-huitième au quarante-quatrième jour, dans le cours de la période de suppuration articulaire. Pendant la dernière période, une suppuration modérée, peu consistante, entretenue par le travail organique de réparation et de cicatrisation de la cavité cotyloïde, s'est maintenue pendant six semaines, à travers trois fistules étroites qui traversent la cicatrice du moignon. Cette suppuration, devenue séreuse, s'est tarie insensiblement ; les ouvertures se sont fermées successivement, et la cicatrisation définitive de la plaie a été complète le quatre-vingt-dixième jour de l'opération (23 août).

Le moignon est ovale, arrondi, charnu ; la cicatrice qui le parcourt dans le sens transversal, un peu antérieur, est étroite, régulière, déprimée en deux points et très-solide ; elle présente 22 centimètres d'étendue ; elle offre des conditions très-avantageuses pour les fonctions du moignon et pour l'application des moyens de prothèse.

Les pièces anatomiques relatives à l'observation ont été mises sous les yeux de l'Académie.

L'ordre du jour appelle M. Mélier pour la lecture d'un rapport officiel sur les marais salants.

Marais salants. — (Commissaires : MM. Guéneau de Mussy, Adelon, Jolly, Chevallier, et Mélier, rapporteur.)

M. Mélier : Par une lettre officielle de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, en date du 26 juin 1845, l'Académie royale de médecine a été saisie d'une haute question d'hygiène publique. Cette question, relative à une industrie considérable, peut être résumée en ces termes :

« Les marais salants sont-ils ou ne sont-ils pas insalubres ?

« Jusqu'à quel point peut-on, sans danger et sans inconvénient pour la santé publique, en autoriser l'établissement ? »

Une seconde lettre, développant la première, demande s'il ne conviendrait pas, dans l'intérêt de la salubrité, de faire entrer les marais salants dans l'une des trois grandes classes où ont été rangés, par le décret du 15 octobre 1810, les différents établissements industriels, et même s'il ne faudrait pas, vu l'insuffisance et le défaut de précision de la législation actuelle sur les marais salants, provoquer à leur égard quelque disposition législative particulière.

Placée entre deux grands intérêts qu'elle a pour devoir de protéger et la santé publique qu'il faut garantir avant tout, l'autorité en appelle

à la science, à la médecine, à qui reviennent de droit les questions de cette nature.

Telle qu'elle se présente, dans les termes explicites où elle est posée, cette question des marais salants est sans contredit une des plus graves que l'Académie puisse avoir à examiner. Dans l'industrie qui va nous occuper, qui intéresse les arts et l'économie agricole presque à l'égal de l'hygiène et de l'économie domestique, et à l'égard de laquelle l'impôt revêt, par cela même, un caractère tout particulier de gravité, il s'agit de populations nombreuses, de villages entiers et même de villes d'une certaine importance, et l'on n'évalue pas à moins de 100,000 individus les ouvriers qu'elle occupe.

La commission ne s'est pas dissimulé tout d'abord les difficultés d'une semblable mission.

Ces difficultés résultaient surtout de la nouveauté du sujet. Malgré son immense intérêt, il est à peu près inconnu des médecins et n'a pour ainsi dire pas été étudié. Pour l'étudier, il fallait aller sur les lieux. Le rapporteur s'en est fait un devoir. C'est sur les lieux, en présence des salins visités par lui, que se sont formées les convictions qu'il vient soumettre à l'Académie.

Nous n'avons point à nous occuper des différentes manières d'obtenir le sel. L'Académie n'est consultée que sur l'industrie des marais salants, c'est-à-dire uniquement sur le procédé qui consiste à extraire le sel de l'eau de la mer, par une évaporation naturelle à la surface du sol.

La question se présente avec de notables différences, selon qu'on l'étudie sur la Méditerranée ou sur l'Océan. Pour avoir une idée complète de l'industrie des sels, il fallait observer et dans le Midi et dans l'Ouest. C'est ce qu'a fait le rapporteur.

M. le rapporteur entre ici dans les détails techniques de la préparation du sel dans les deux contrées qu'il a visitées ; puis, passant à l'examen de la question de salubrité, il continue en ces termes.

Les premiers marais que le rapporteur a vus sont ceux des Martigues, près de Marseille. Une insalubrité notoire règne non-seulement auprès de ces marais, mais encore dans la ville et les environs. Tout le pays est renommé pour ses fièvres. On cite une épidémie qui y régna en 1789, et qui, sur 5,000 âmes environ, fit périr en six semaines plus de 1,800 personnes.

Les marais salants sont-ils la cause ou l'une des causes d'une insalubrité si bien constatée, et faut-il mettre sur leur compte, en totalité ou en partie, les fièvres dont il s'agit ? Là est toute la question ; mais on sent combien il est difficile d'y répondre. Le marais salant n'est pas seul : il y a l'humidité, la malpropreté des rues, les eaux corrompues et croupissantes, etc. Dans ce concours de circonstances, comment faire

la part de chacune et déterminer exactement le rôle du salin? Comment savoir même s'il a, en tant que salin, un rôle quelconque? Nous n'avions alors aucun moyen de résoudre une question si complexe et de dégager les uns des autres ces éléments combinés ; il fallait chercher ailleurs.

Non loin des Martigues est un autre salin très-renommé, appelé le *Plan d'Aren*; 300 à 400 personnes sont occupées sur ce salin à différents travaux : les unes pour le sel, les autres pour la sonde. Il y a toujours un certain nombre de fièvres, et ces fièvres règnent principalement à la fin de la saison, vers le temps du lovage. On y a compté, dans une seule année, jusqu'à 237 malades.

Si le plan d'Aren était une localité salubre, la question serait jugée, et il faudrait mettre sur le compte de la saline les fièvres que l'on y observe ; mais il n'en est rien. Tout le pays est insalubre, tous les environs sont sujets aux fièvres, et il y a pour les expliquer les causes les plus puissantes.

Il y a d'abord cette circonstance déjà signalée par Fodéré, qu'un étang d'eau douce ou presque douce (l'étang d'Ingrenier) n'y est séparée d'un étang très-salé que par une simple chaussée, et qu'il doit s'y faire, ne fût ce qu'à travers les terres, ce mélange de deux eaux regardé généralement comme une des choses les plus dangereuses.

Il y a ensuite aux environs de nombreuses flaques d'eau, les unes salées, les autres pluviales ; mais il y a surtout, et à très-peu de distance de là, ce trop fameux étang du Pourra, dont les journaux politiques s'entretiennent de temps en temps, et qui a donné lieu à tant de réclamations.

On voit qu'il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une localité, ainsi avoisinée, présente des fièvres ; ce qui serait étonnant, ce serait qu'il n'y en eût pas. Mais de ce que l'insalubrité joue un rôle manifeste, s'ensuit-il, en bonne logique, que la saline ne puisse pas aussi avoir le sien? Évidemment non : une cause n'exclut pas l'autre, et elles pourraient fort bien se combiner ensemble. Tout ce que l'on peut dire, c'est que là, comme aux Martigues, les deux éléments sont tellement mêlés et confondus que l'on ne saurait rien affirmer. Le doute seul est permis, et ce doute ne cessera que quand nous pourrons séparer les deux causes et faire la part de chacune.

Le salin d'Hyères va jusqu'à un certain point nous en donner le moyen.

Il y a sur ce salin trois brigades de douaniers, distribuées par postes nombreux dans des espèces de petits corps de garde. Il résulte des renseignements que M. le rapporteur a pris sur l'état sanitaire de ces douaniers, qu'outre les maladies ordinaires, communes à toute population quelconque, il y a toujours parmi eux un certain nombre de fièvres. Puisqu'il y a des fièvres dans le pays, il est naturel qu'il y en ait dans la saline. Toute la question est de savoir si la saline, en tant que saline,

concourt à leur production. Voici à cet égard ce que l'observation apprend. Ces douaniers, avons-nous dit, sont distribués par petits postes placés de distance en distance. Cette distribution est telle que certain poste se trouve sur la saline même, les autres aux alentours, quelques-uns assez loin. Or, il y a cela de remarquable; que les postes rapprochés de la saline, ceux qui sont le plus immédiatement en rapport avec les travaux qui s'y exécutent, sont précisément ceux qui ont le moins de malades ; les postes éloignés, au contraire , ceux qui se trouvent plus ou moins en dehors des travaux , en ont constamment davantage.

On voit tout d'abord la valeur et la signification d'un pareil résultat ; il tend manifestement à disculper la saline. Si la saline, en effet, par elle-même et comme saline, produisait les fièvres, n'est-il pas vraisemblable que plus on en serait rapproché, plus ces fièvres devraient être communes ? C'est le contraire qui a lieu. Elles ne règnent guère qu'aux alentours.- Comment dès lors en accuser la saline, et n'être pas porté, au contraire, à les attribuer à une cause plus générale ? Disons-le dès à présent, ce qui les produit évidemment , c'est le marais proprement dit , c'est-à-dire la localité au milieu de laquelle se trouve la saline, localité insalubre primitivement, et qui continue d'exercer son influence.

Dans les salines de Cette et d'Agde, comme à Hyères, les postes placés près des pièces mères, c'est-à-dire là où tout est sel et où ne se rencontrent ni eaux douces ni eaux saumâtres en stagnation,ont peu de malades ; tandis que les postes extérieurs ou éloignés , c'est-à-dire placés plus ou moins en dehors du sel et autour desquels croupissent des eaux pluviales, soit pures, soit mélangées d'eau de mer et formant des flaques , ont beaucoup plus de malades. La différence est tellement saillante qu'elle nous conduit à diviser les postes en général en deux grandes catégories. Dans l'une se rangent ceux où domine l'élément sel : nous les appelons *postes salins ;* dans l'autre se rangent ceux où domine l'élément marais : nous les appelons *postes paludéens*. On pourrait en admettre une troisième espèce sous la désignation de *postes mixtes*, dans laquelle se classeraient les postes, malheureusement trop nombreux, où l'eau douce se mêle à l'eau salée, et qui sont sans contredit les plus insalubres.

Il en a été de même dans tous les salins de l'Ouest qu'a pu visiter M. le rapporteur ; ils ont tous donné les mêmes résultats.

En résumé. postes salins, peu de malades ; postes paludéens et postes mixtes, beaucoup de malades.

En définitive et pour conclure, que résulte-t-il de ces longues études et de l'espèce d'enquête que nous venons de faire ? Une première question nous était posée : *Les marais salants doivent-ils être considérés comme insalubres* ?

Parcourant, pour résoudre cette question, des marais salants placés dans des conditions diverses sur la Méditerranée et sur l'Océan, et recherchant ce qui s'y passe au point de vue de la salubrité, tout nous a d'abord paru confus : action des marais salants, action des localités, mêlant leurs effets ; nous ne savions à laquelle de ces deux influences attribuer les inconvénients observés, les fièvres qui nous étaient signalées. Réussissant ensuite à séparer l'un de l'autre les deux éléments, nous avons pu faire la part de chacun, et voir, vaguement d'abord, bien distinctement ensuite, que ce qui fait le mal, ce n'est pas le marais salant lui-même, mais bien la localité où il est est établi. Notre conclusion dès lors ne saurait être douteuse :

Non, en soi, un marais salant n'est pas insalubre.

En y réfléchissant, cette réponse, déduction rigoureuse des faits observés, devait être prévue ; on ne voit vraiment pas en quoi l'industrie des marais salants pourrait être insalubre. L'eau salée est tout ce qu'elle emploie, et elle se borne à la faire évaporer ; on concevrait tout au plus que l'humidité qui doit résulter nécessairement d'une évaporation opérée sur de si grandes masses pût avoir quelques inconvénients. Mais par cela même que l'évaporation se fait au grand air, sur des plages découvertes, l'humidité qu'elle produit disparaît à mesure, emportée par les vents, dissipée par le soleil. Cette humidité, d'ailleurs, doit être bien peu de chose à côté de celle que répandent sur la localité le voisinage de la mer et les étangs qui alimentent les salins ; elle ne doit pas y ajouter beaucoup.

Quant aux eaux stagnantes, à leurs mélanges et aux décompositions qui s'ensuivent, ce sont des inconvénients qui peuvent être évités ; ils ne se rencontrent que dans les marais salants mal établis ou mal exploités, et l'on ne saurait mettre sur le compte de l'industrie elle-même ce qui ne lui est pas inhérent, et résulte uniquement d'une mauvaise exploitation.

La réponse que nous venons de faire à la première question laisse pressentir celle que nous ferons à la seconde :

« Peut-on, sans danger et sans inconvénient pour la santé publique, autoriser l'établissement des marais salants ? »

Nous répondons sans hésiter : *oui, on peut l'autoriser.* Nous allons plus loin, et nous disons que, loin d'être nuisible à la santé publique et d'offrir du danger ou des inconvénients, l'établissement d'un marais salant doit être considéré, dans beaucoup de cas, comme un moyen d'assainissement de la localité où on l'établit, et que, dès lors, au lieu d'avoir à l'entraver, on devra trouver de l'avantage à le favoriser, à l'encourager. Quelques mots vont nous suffire pour démontrer cette seconde proposition.

Qu'est-ce en effet qu'un marais salant ? Une surface disposée avec plus ou moins d'art et de soin, dressée et nivelée, et où tout est calculé pour arriver à un but déterminé : l'évaporation de l'eau de la mer. Qu'était-il avant d'être tel, avant d'être un marais salant ? C'était un marais proprement dit, c'est-à-dire une plage plus ou moins basse, inégale et vaseuse, saillante en certains endroits, excavée dans d'autres, et présentant çà et là des flaques et des trous où se décomposent dans un liquide ordinairement saumâtre une foule de substances végétales et minérales. C'était enfin ce qu'il y avait de plus insalubre. Une industrie vient qui transforme en quelque sorte le sol, efface les inégalités, comble les trous en substituant partout à un état de choses irrégulier un état de choses régulier ; elle écarte les eaux pluviales qui croupissaient et fait arriver à leur place de l'eau salée qu'elle renouvelle sans cesse. Évidemment, la salubrité ne peut que gagner à de pareils changements, et si une surface ainsi transformée ne devient pas, absolument parlant, une chose tout à fait salubre, il est incontestable qu'elle a subi une amélioration réelle.

Un dernier fait est venu s'ajouter à tous ceux que nous avons invoqués. Il y a neuf ans, un salin fut établi à Gramenet près de Montpellier ; il s'étend sur le territoire de deux communes : celle de Lattes et celle de Villeneuve. La mortalité de ces deux communes, étudiée comparativement avant et après, se trouve avoir diminué, et la population s'est sensiblement accrue.

Comment ne pas voir en effet qu'il y a tout avantage, hygiéniquement parlant, à ce qu'un marais salant vienne prendre la place d'un marais proprement dit, en d'autres termes, et pour appliquer ici la distinction que nous avons faite ailleurs, à ce que *l'élément salin* soit substitué à *l'élément paludéen*. Il est évident que plus cette substitution sera complète, plus l'assainissement sera réel. Supposez une conversion telle que l'élément salin, création de l'art, remplaçât tout à fait l'élément paludéen, condition primitive de la localité, on peut croire qu'il ne resterait plus rien d'insalubre et que les fièvres disparaîtraient complétement.

Ce qui le prouve autant que possible, c'est ce qui se passe dans les salins alimentés par des sources et des puits salés, tels que les salins de l'Est, où, comme on sait, on obtient le sel sans marais, et où conséquemment l'élément salin existe seul. Il n'y a pas du tout de fièvres ; la santé des ouvriers est au contraire excellente et leur longévité remarquable. Nous nous en sommes assurés en allant visiter, dans l'unique but de cette vérification, la belle saline de Dieuse, dans le département de la Moselle.

Une remarque faite par plusieurs médecins mérite d'être examinée ici ; si elle avait le sens et la valeur qu'on lui donne, elle serait une

objection sérieuse aux conclusions que nous avons proposées, et elle porterait à regarder comme étant réellement nuisibles par eux-mêmes les marais que nous regardons, nous, comme innocents. On fait observer que les fièvres qui règnent sur les marais salants se montrent surtout au moment du *levage* du sel, c'est-à-dire quand on met à nu la sole du marais, et on expliquerait par cette opération et par les exhalaisons qui en seraient le produit les fièvres en question.

La remarque en elle-même est vraie et ne saurait être niée ; il est vrai que c'est à cette époque principalement que l'on voit affluer dans les hôpitaux de Montpellier les malades nombreux que fournissent les marais salants des environs, ceux de Frontignan en particulier. S'en suit-il en effet que ce soit le levage lui-même qui produise les fièvres? Rien n'est moins prouvé. On oublie que c'est en automne ou à la fin de l'été qu'a lieu le levage, c'est-à-dire précisément à l'époque où la fièvre intermittente s'observe partout, et que dès lors il n'y a rien d'étonnant à ce que ce soit aussi le moment où elle se montre sur les marais salants; elle y règne non pas parce que c'est le moment du levage, mais parce que c'est la saison, parce que c'est l'époque où les effluves marécageux préparés par les chaleurs de l'été se développent avec le plus d'intensité.

On ne fait pas attention, d'autre part, que si la fièvre tenait du levage, elle devrait atteindre de préférence les personnes chargées d'opérer ce levage, c'est-à-dire les ouvriers; ils sont constamment sur les tables, piétinent du matin au soir le vase qui les recouvre, et sont conséquemment aussi exposés que possible aux exhalaisons que l'on suppose devoir s'en élever; or, il est constant que les fièvres les atteignent dans une proportion infiniment moindre que les douaniers, lesquels restent étrangers à tout travail et se bornent à veiller autour du marais sur les bords du fossé d'enceinte. Sans avoir d'une manière exacte le chiffre des malades que présentent les ouvriers, on sait approximativement que ce chiffre ne s'élève pas à plus de 2 ou 3 sur 20 ; il est de 6 à 8 pour les douaniers ; quelquefois même tous sont atteints successivement dans le courant de la campagne.

Si l'on ajoute à ces considérations celles que nous avons longuement développées, et desquelles il résulte si positivement que ce n'est pas sur la saline même, que ce n'est pas près des tables salantes, mais bien aux alentours de l'établissement, plus ou moins loin et dans le voisinage des eaux croupissantes, que règnent les fièvres, il reste démontré que la remarque à laquelle nous avons cru devoir répondre, spécieuse en apparence, est sans valeur au fond et ne repose que sur une simple coïncidence.

En voilà assez sur ces premières questions ; nous passons à un autre

point non moins important sur lequel M. le ministre a appelé l'attention de l'Académie, et qui fera en quelque façon la seconde partie de notre travail.

— La lecture de cette première partie du rapport, dont nous avons reproduit les parties essentielles, et qui a occupé presque toute la séance, a été écoutée avec un intérêt soutenu et accueillie par des applaudissements.

REVUE ANALYTIQUE

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

---

20. *De l'antagonisme entre la phthisie et les fièvres intermittentes;* par M. Bufalini.

(Gazzetta Toscana delle Scienze medico-fisiche.)

Adversaire déclaré de la doctrine de l'antagonisme, M. Bufalini n'abuse cependant point de l'avantage que ses partisans lui ont souvent offert en posant la question d'une manière aussi défectueuse que l'un d'eux, par exemple, l'a fait au congrès de Gênes. Ainsi il commence à bien spécifier qu'il ne peut s'agir d'entendre par antagonisme une propriété des lieux miasmatiques telle, qu'un phthisique, en y allant habiter, se verrait bientôt guéri de son affection thoracique. La vertu préservatrice des miasmes paludéens est au contraire bornée à ceux qui habitent dès longtemps le pays, et un médecin judicieux ne pensera jamais qu'elle puisse agir autrement qu'en modifiant de longue main leur constitution, de manière à les rendre moins accessibles aux causes qui produisent la phthisie pulmonaire.

Les défenseurs de l'antagonisme s'appuient sur les statistiques dressées dans les pays marécageux, et contenant la proportion des phthisiques à celle des morts. M. Bufalini émet l'opinion qu'on ne peut déduire aucune conclusion légitime de calculs établis dans de semblables conditions, parce que :

1° Il est également impossible de calculer dans ces localités la proportion des phthisiques avec celle des malades, à cause de la présence même des miasmes, élément qui manque dans les lieux salubres et qui augmente dans ceux-ci le nombre des malades y ayant existé pendant une période de temps déterminée ;

2° On ne saurait non plus établir la proportion entre le nombre comparatif des cas de phthisie et de fièvres dans les pays marécageux, et ce même nombre dans les contrées saines, parce que dans ces dernières les fièvres manquent ou sont très-rares ;

3° On ne peut faire porter le compte que sur les habitants permanents des lieux marécageux ;

4° On devrait baser la proportion sur le nombre de ces mêmes habitants, et chercher dans quel rapport la phthisie s'observe sur une certaine quantité d'entre eux pendant un laps de temps déterminé, puis dans quel rapport elle existe durant un même temps sur la même quantité de personnes vivant dans un pays sain.

A ces objections, dont on peut dire qu'elles contribueront plutôt à éclairer les recherches à venir qu'à frapper de nullité les statistiques déjà publiées, M. Bufalini ajoute le résultat très-formel, mais peu concluant, vu le petit nombre des cas sur lesquels il porte, de ses propres observations sur le même sujet. Ainsi, dit-il :

1° A Pieve-S.-Stefano, où n'existent pas les fièvres intermittentes, je n'ai vu, pendant les cinq années de mon exercice médical, que 6 phthisiques sur une population de près de 5,000 âmes ;

2° A Cortona, en mettant à part les malades de l'hôpital, qui venaient de la campagne ou d'endroits plus ou moins voisins, je n'ai eu, pendant cinq années et demie, que 3 phthisiques sur une population à peu près égale ;

3° A Grossetto, où, au contraire, les fièvres intermittentes sont endémiques, j'ai compté, à part les malades de l'hôpital et en ne faisant figurer que les maladies constatées par moi-même, 9 phthisiques, en moins de trois années, sur une population moins nombreuse.

Les fauteurs de l'antagonisme ont encore argué de ce fait, que, suivant eux, les phthisiques deviennent plus nombreux dans les pays marécageux, lorsque ceux-ci ont été assainis. Mais on peut, d'après M. Bufalini, expliquer cette circonstance d'une autre manière en remarquant que, dans ces localités, la population est peu considérable et non permanente tant qu'ils sont insalubres ; qu'on y trouve très-peu de jeunes gens de 15 à 25 ans, et que l'influence miasmatique tue avant cet âge ceux que la phthisie eût plus tard moissonnés. Par conséquent, si la phthisie s'observe plus souvent après l'assainissement, c'est seulement parce que la quantité des habitants s'est augmentée.

Voici maintenant une observation que l'auteur donne comme

très-concluante. Nous la reproduisons parce qu'elle nous semble en effet de nature à frapper vivement les esprits, mais sans croire toutefois qu'il soit besoin d'avertir nos lecteurs qu'elle ne contient, pour éclairer la question, que l'enseignement qui, dans ces sortes de discussions, peut ressortir d'un fait unique.

Obs.—Angiolo Sarchi, âgé de 18 ans, demeurant depuis longtemps à Grossetto et y séjournant même pendant la saison d'été, eut plusieurs fois la fièvre intermittente. Il commença ensuite à être affecté d'une douleur vers le foie ; puis survint de la toux et une faim presque vorace. A la toux se joignit de l'oppression, et au bout de quatre mois, l'émaciation et une fièvre revenant chaque soir. Admis après quelques mois dans les rangs de M. Bufalini, celui-ci diagnostiqua une caverne dans la partie antérieure et supérieure du poumon droit. Le malade succomba après un court séjour à l'hôpital.

L'autopsie démontra l'existence de trois cavernes : l'une à la partie antérieure du lobe supérieur du poumon droit ; une autre, plus considérable, latéralement et un peu plus en arrière ; une troisième plus en dedans du même lobe ; plusieurs autres tubercules suppurés. Le poumon gauche était sain, le cœur hypertrophié.

Dans la cavité abdominale, on trouva le foie assez volumineux pour occuper toute la partie antérieure du ventre jusqu'au-dessous de l'ombilic, et la rate tellement hypertrophiée qu'elle atteignait le pubis. On calcula que le poids de ces deux viscères réunis dépassait 20 livres.

---

21. *De l'exsudation ; de ses causes et de son développement ;* par le docteur Hugues Bennett.

(Monthly Journal of medical Science.)

On appelle en pathologie *exsudation* le passage à travers les parois des vaisseaux, non-seulement de la partie séreuse du sang qui s'épanche dans une cavité ou s'écoule au dehors, mais encore de la partie fibrineuse qui se coagule à la surface ou dans l'intérieur d'un organe. L'usage a même étendu la signification de ce mot à un certain nombre de dépôts morbides de différentes natures.

L'exsudation, suivant le docteur Bennett, peut résulter de quatre espèces de changements survenus dans les vaisseaux capillaires et le sang qu'ils contiennent : 1° Les vaisseaux capillaires sont rétrécis, et le sang les parcourt avec plus de rapidité que de coutume. 2° Ces mêmes vaisseaux sont élargis, et le cours du sang y est ralenti, quoique d'une vitesse uniforme. 3° Le sang

chemine d'une façon irrégulière et oscille dans les vaisseaux, allant tantôt du centre à la périphérie, tantôt de la périphérie au centre, ou bien s'arrêtant pendant quelques moments pour reprendre ensuite sa marche. 4° Le cours du sang est tout à fait suspendu et les vaisseaux sont distendus. 5° La sérosité transsude à travers les parois vasculaires, entraînant quelquefois avec elle, en raison de la rupture de ces parois, un certain nombre de corpuscules sanguins. Toutes ces assertions sont fondées sur des observations microscopiques.

Dans un précédent travail (*Traité de l'inflammation*), l'auteur avait défendu avec talent l'opinion de Hoffmann, Haller, Cullen, Hunter, qui placent la cause immédiate du rétrécissement et de la dilatation des capillaires dans la contraction ou le relâchement des parois de ces vaisseaux : contraction ou relâchement analogues au spasme et à la paralysie des muscles. Actuellement il invoque le même ordre d'idées pour expliquer l'exsudation, mais dans des termes qui ne sont pas tout à fait exempts d'ambiguïté. Nous traduisons : « Nous pensons que la cause de l'exsudation doit être cherchée dans une modification primitive survenue dans les vaisseaux capillaires, et causant la diminution ou l'augmentation de leur calibre ; que cette modification est analogue au spasme et à la paralysie des muscles non volontaires, et est, de sa nature, purement vitale ; que l'arrêt du sang, *sous l'influence de ces circonstances*, et l'exsudation sont des faits ultimes qui ne peuvent s'expliquer, d'après les données de l'observation, par l'arrêt des corpuscules sanguins dans les vaisseaux ou par un obstacle à la circulation veineuse. » Et page précédente on lit : « La cause de l'arrêt du sang dans les capillaires est encore à constater, à moins que nous n'ayons recours à l'hypothèse d'une plus grande intensité d'attraction entre le sang et le parenchyme, hypothèse que nous tenons pour philosophique et parfaitement d'accord avec tous les faits connus. » Autant qu'on en peut juger par ces passages, l'exsudation, aux yeux de l'auteur, ne dépend pas directement des variations de calibre des vaisseaux capillaires et du trouble qu'elles apportent dans la circulation, mais est l'effet immédiat de la modification vitale, quelle qu'elle soit, qui produit la contraction ou le relâchement des parois vasculaires, et le mécanisme suivant lequel cet effet se produit est purement vital, échappe à la recherche des sens, et consiste probablement en un phénomène d'attraction. Aucun développement ne vient, dans le travail qui est sous nos yeux, préciser davantage et éclairer la pensée de l'auteur.

Mais son but paraît avoir été moins d'asseoir sa propre opinion

sur la base d'une démonstration, que de combattre les opinions différentes émises par quelques pathologistes de la Grande-Bretagne. C'est du moins ce qu'on peut inférer de l'étendue consacrée à cette partie de son travail. Or, les opinions qu'il s'attache à combattre sont celles de M. Addison (de Malvern), J.-B. Willams (de Londres) et George Robinson (de Newcastle-upon-Tyne).

Quelques auteurs avaient déjà attribué l'exsudation à l'obstruction des vaisseaux. On avait dit, par exemple, que, dans un vaisseau capillaire dilaté, plusieurs corpuscules sanguins pouvaient s'engager de front, puis, une fois engagés, s'aplatir en se pressant les uns contre les autres, et enfin s'*enclaver* dans la cavité du vaisseau, de manière à apporter au cours du sang un obstacle mécanique qui pouvait ensuite se multiplier. MM. Addison et Willams ont adopté une manière de voir analogue, sauf une différence importante. Suivant eux, ce ne sont pas les corpuscules rouges du sang qui causent l'obstruction, mais des corpuscules incolores qui adhèrent en très-grand nombre aux parois des vaisseaux. Ils ont constaté que chez les jeunes grenouilles ces corpuscules incolores sont en très-grande quantité, tandis qu'ils sont plus nombreux chez les vieilles grenouilles. Si l'on applique du sel sur un des plus larges vaisseaux capillaires ou sur une des plus petites veines de la patte d'une grenouille, on voit, un ou deux jours après, les globules incolores augmenter de quantité ; on les reconnaît à leur immobilité ; de temps à autre cependant ils se meuvent lentement, comme entraînés par le choc répété des globules rouges.

A l'opinion générale que l'exsudation est due à l'obstruction des vaisseaux capillaires par les corpuscules sanguins, M. Bennett objecte qu'il faudrait alors admettre (chose peu vraisemblable) l'obstruction simultanée d'un grand nombre de vaisseaux, et que d'ailleurs l'épanchement de lymphe, à travers les parois vasculaires, est évidente quand le sang chemine encore, mais lentement, et se suspend quand le sang s'arrête. A l'opinion particulière de MM. Addison et Williams, il oppose une reproduction de leurs expériences sur les grenouilles qui a donné, entre ses mains, des résultats différents. « Dans l'automne de 1843, dit-il nous avons répété avec soin, le docteur Redfern et moi, toutes les expériences décrites par MM. Addison et Williams.... Il est vrai que, chez les jeunes grenouilles et chez quelques-unes en plein développement, et encore fraîches, les corpuscules incolores sont très-nombreux. Il est également vrai que, chez les vieilles grenouilles ou celles qui sont conservées depuis longtemps,

les corpuscules sont en petit nombre. Sur les pattes de ces animaux, nous avons appliqué du sel, des huiles essentielles, et nous n'avons jamais vu les corpuscules blancs augmenter de quantité relativement aux corpuscules colorés. Quand, sous l'influence de ces irritants, chez de jeunes grenouilles, il survenait une congestion, le nombre des globules rouges et celui des globules incolores augmentaient proportionnellement; et les premiers restaient toujours plus nombreux. Bien plus, sur de vieilles grenouilles, nous avons fréquemment amené le ralentissement de la circulation et de l'exsudation sans apercevoir aucun corpuscule incolore depuis le commencement jusqu'à la fin de l'expérience. » L'auteur termine en émettant la crainte que MM. Addison et Willams, en examinant les pattes des grenouilles, n'aient pris des cellules épidermiques pour des corpuscules incolores du sang.

Le docteur Georges Robinson attribue l'exsudation à la pression que le sang exerce sur les parois vasculaires en vertu du *vis à tergo*. Cette théorie est fondée sur l'expérience suivante. Sur un animal vivant, on attire un rein au dehors au moyen d'une plaie faite à l'abdomen; on le débarrasse de sa tunique; on place une ligature autour de la veine rénale et on remet le rein en place. On observe alors que l'urine devient souvent albumineuse, et l'on trouve quelquefois une masse de *lymphe* dans la vessie. Suivant M. Robinson, le sang mécaniquement retenu dans les vaisseaux des reins, et poussé incessament par la colonne artérielle, amènerait d'abord la congestion de l'organe, puis se débarrasserait par voie d'exsudation de sa partie séro-albumineuse. M. Bennett, sans nier le résultat matériel de cette expérience qu'il n'a pas d'ailleurs répétée, en conteste l'explication, se fondant sur ce fait, que l'on voit chaque jour, à la suite des grandes opérations, les veines les plus larges s'oblitérer sans donner lieu à l'exsudation à travers les capillaires.

Nous nous bornons à l'analyse de cette première partie du travail de M. Bennett, non que la seconde partie, relative au *développement de l'exsudation*, soit moins importante, ce serait plutôt le contraire, mais parce que, ayant trait aux changements successifs que subit la matière exsudée, elle ne peut être rendue bien intelligible qu'à l'aide de figures que nous ne pouvons reproduire ici. Nous engageons fortement le lecteur à recourir au texte original.

Quant à la valeur des idées de l'auteur sur la cause et le mécanisme de l'exsudation, on aura vu facilement combien elles sont loin encore d'offrir, soit au point de vue expérimental, soit

au point de vue de l'induction, toutes les garanties nécessaires. Néanmoins, on ne saurait trop engager les médecins anglais à persévérer dans une voie de recherches délicates qui seront un jour fécondes, et dont les médecins français ne se préoccupent pas en général suffisamment.

22. *Sur les oblitérations veineuses dans la bronchite* ; par le docteur E.-L. Ormerod.

(The Lancet.)

Sous ce titre, l'auteur a publié trois observations très-intéressantes que nous allons faire brièvement connaître. La première est relative à un garçon d'écurie, âgé de 21 ans, menant une vie assez déréglée, mais bien portant d'ailleurs, à l'exception d'une toux habituelle chaque hiver. Au mois de février, ces accidents du côté de la poitrine prirent une grande intensité, et il entra à l'hôpital Saint-Barthélemy. On constata chez lui l'existence d'une bronchite avec emphysème. Le jour même de son entrée, au milieu de la nuit, il fut pris d'une dyspnée extrême et succomba quelques heures après. A l'autopsie, on trouva, indépendamment d'un emphysème très-étendu et d'une bronchite purulente, un caillot résistant et bien organisé dans une des *veines pulmonaires*.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une veuve de 37 ans, menant une existence très-régulière, mais toussant tous les hivers. Vers le commencement de janvier, les jambes commencèrent à enfler, et l'œdème gagna peu à peu jusqu'aux cuisses. Plus tard, il survint une ascite. Elle succomba le 8 février, seize jours après son entrée à l'hôpital Saint-Barthélemy, suffoquée en quelque sorte par l'abondance de la sécrétion bronchique. Comme chez le précédent malade, on trouva de l'emphysème, une bronchite ; en outre, un œdème du poumon, de petits caillots libres et de couleur blanche dans les *veines superficielles du côté droit du cou* ; enfin dans la *veine jugulaire interne* du même côté un caillot volumineux et adhérent, mais composé de plusieurs petits caillots placés les uns au-dessus des autres et s'étendant de la veine innominée à la base du crâne.

La troisième observation renferme l'histoire d'une femme de 26 ans, affectée de palpitations de cœur, conséquence d'un rhumatisme, et qui, à la suite d'un accouchement, fut prise d'une anasarque générale et d'une bronchite étendue avec emphysème. Elle succomba dans un épuisement graduel. On trouva chez elle un épanchement très-abondant dans la plèvre gauche, de l'emphysème du poumon droit, le cœur volumineux et la valvule mitrale épaissie à son bord libre, la *sous-clavière* et la *veine*

jugulaire gauches distendues par des caillots fibrineux d'ancienne date.

Nous ferons remarquer, relativement à la première observation, qu'elle offre un exemple analogue à ces oblitérations de l'artère pulmonaire sur lesquelles les travaux de M. Baron et, plus récemment, de M. Paget ont jeté un grand jour. Quant aux deux autres, elles montrent avec quelle facilité le sang se coagule dans les veines voisines du centre circulatoire, dans les cas où la gêne de la respiration est extrême et la circulation embarrassée. C'est là un phénomène tout à fait analogue à celui qui s'accomplit dans les veines fémorales chez les phthisiques.

---

23. *Observation de pulsations veineuses du membre supérieur ;* par le docteur H. Marsh.

(Dublin quarterly Journal.)

Une femme âgée de 28 ans est entrée à l'hôpital Steevens, le 13 mai 1846, pour une affection particulière des veines du membre supérieur. Cette femme, d'une bonne santé habituelle et d'une bonne constitution, avait remarqué que, depuis son enfance, les veines du membre supérieur droit étaient plus volumineuses et plus dilatées que celles du côté opposé. C'est depuis un an et demi seulement qu'elle s'est aperçue de battements dans le membre affecté. Ces battements, qui d'abord ne survenaient qu'à la suite d'exercices violents, et qui étaient accompagnés d'engourdissement et d'élancements, ne tardèrent pas à devenir continuels. Quand elle entra à l'hôpital, elle était dans l'état suivant : toutes les veines superficielles du bras et de la main droite étaient considérablement dilatées ; celles de la paume de la main fortement gonflées et repliées sur elles-mêmes au centre de cette partie ; les veines du dos de la main fortement contournées et variqueuses dans certains points ; le petit doigt et le doigt annulaire tellement tuméfiés et si déformés par la dilatation des veines, qu'on eût pu croire à un anévrysme par anastomose. Un peu au-dessus du point où l'artère axillaire prend le nom de brachiale, c'est-à-dire un peu au-dessus du bord inférieur du tendon du grand dorsal, cette artère se dilatait brusquement et quadruplait au moins de volume. La dilatation occupait toute la circonférence, et s'avançait sur le trajet de l'artère brachiale, dans une étendue de 2 pouces ; son calibre était uniforme ou cylindrique, excepté à la face antérieure et interne, où elle offrait quelque chose d'irrégulier, comme noueux. Au-dessus de cette dilatation, aussi haut qu'on pouvait remonter avec le doigt, l'artère, sans être considérablement dilatée, paraissait plus volumineuse qu'à l'ordinaire,

surtout que sa portion correspondante du côté opposé. A 2 pouces au-dessous du commencement de cette dilatation, l'artère se rétrécissait brusquement, au point qu'on eût pu penser qu'une ligature était fortement serrée autour du vaisseau. Immédiatement au-dessous de cette contraction, l'artère recommençait à se dilater, mais non dans toute sa circonférence. A sa surface antérieure et externe, on distinguait une poche ou sac qui avait quelque chose de la forme et du volume de la moitié d'une aveline. Entre ce sac et le vaisseau, il y avait une communication évidente, puisqu'il était facile de vider le premier par une pression un peu forte. Au-dessous, jusque près de la bifurcation, l'artère reprenait son calibre uniforme, mais elle était toujours plus volumineuse que celle du côté opposé; toutefois, un peu au-dessus de l'épitrochlée et jusqu'à sa bifurcation, elle se dilatait de nouveau uniformément et avait doublé de volume. De même des artères radiale et cubitale, dont la dilatation était uniforme et générale. A la partie postérieure et interne de l'avant-bras, vers le milieu du cubitus, on distinguait une tumeur molle, compressible, légèrement pulsatile, ayant environ la moitié du volume d'une noix ordinaire. Dans la paume de la main, immédiatement au-dessous de l'os pisiforme, autre tumeur pulsatile, mal circonscrite, ressemblant à un anévrysme par anastomose. Au-dessous de la précédente, et au niveau de l'extrémité de l'espace interosseux compris entre l'index et le médius, une autre tumeur de même nature, un peu moins considérable et moins pulsatile. On distinguait visiblement des battements au-dessus du sternum, le long des artères brachiale, radiale et cubitale, dans la tumeur de la partie postérieure de l'avant-bras et dans celle de la paume de la main. Pas de battements visibles dans les carotides ni dans les tumeurs du petit doigt et de l'annulaire. En pressant sur l'artère axillaire, tous ces battements cessaient immédiatement. Frémissement bien marqué sur le trajet de l'artère brachiale, moins distinct sur le trajet des artères radiale et cubitale; espèce de frémissement vibratoire dans les tumeurs de la paume de la main. En appliquant le stéthoscope immédiatement au-dessous de l'extrémité acromiale de la clavicule, on percevait un murmure continu des plus intenses, qui se renforçait à chaque systole ventriculaire; en rapprochant le stéthoscope du sternum, ce murmure devenait de moins en moins sensible; rien de particulier vers cet os. Les bruits du cœur parfaitement normaux. Bruit de soufflet très-sensible sur tout le trajet des artères brachiale, radiale et cubitale; espèce de souffle placentaire dans les diverses tumeurs pulsatiles; rien d'anormal dans les autres vaisseaux du corps.

Le pouls, à 72, était beaucoup plus plein et un peu plus fort du côté malade que du côté sain. La température du membre affecté était plus élevée de plusieurs degrés que celle du membre opposé ; du reste, elle variait notablement suivant les circonstances, et augmentait sous l'influence de toutes les causes qui accélèrent les battements du cœur. C'était cette chaleur anormale, jointe à des élancements et à des battements dans le bras, qui formait les principaux symptômes dont cette malade se plaignait. Pendant deux mois, elle fut soumise aux traitements les plus variés : repos, sédatifs, réfrigérants, compression méthodique, rien ne réussit. Ce dont la malade se trouvait le mieux était les applications froides sur le membre. Elle sortit de l'hôpital dans le même état qu'elle y était entrée.

---

24. *Paralysie étendue à presque tout le corps, traitée avec succès par l'extrait de Rhus toxicodendron*; par M. Mianowski.

(Collectanea medico-chirurgica (de Wilna.)

Obs. — Un jeune homme de 27 ans, sujet depuis plusieurs années à des maux de tête, s'exposa, un jour qu'il était fatigué et en sueur, à un courant d'air froid, pénétrant par une fenêtre imprudemment laissée ouverte ; il était presque nu. Aussitôt il ressentit une douleur de tête très-intense, siégeant principalement vers les tempes; et vingt-quatre heures après, il fut pris d'une amaurose et d'un engourdissement des extrémités supérieures et inférieures qui alla tellement en augmentant, que malgré plusieurs saignées il aboutit, le troisième jour, à une paralysie complète. On l'apporta sans autre délai à l'Institut clinique. Il accusait toujours une violente céphalalgie, surtout vers les tempes; il n'avait aucune perception de la lumière; les pupilles étaient dilatées et complétement immobiles, les yeux fixes, l'ouïe et l'odorat fort affaiblis ; tout mouvement et tout sentiment éteints dans les extrémités ; la chaleur également diminuée dans les membres, mais accrue dans les autres parties du corps, notamment à la tête ; les sphincters entièrement paralysés ; le pouls petit, très-fréquent ; la soif inextinguible ; la respiration laborieuse ; un grand sentiment de faiblesse ; les facultés intellectuelles fortement lésées; cependant la parole était facile.

Quelle était la nature de cette affection ? Cela était fort difficile à dire. Était-ce un ramollissement du cerveau ou quelque autre dégénérescence organique? Mais une lésion locale n'aurait pas eu des effets aussi généraux. Une apoplexie, déterminant une paralysie aussi étendue, n'aurait pas tardé à entraîner la mort; et, tout bien considéré, le médecin supposa qu'il avait affaire à une

méningite des plus violentes avec une rapide exsudation de sérosité.

Le traitement fut dirigé d'après ces vues. On avait déjà essayé les saignées générales et le calomel ; on fit appliquer des sangsues en grand nombre autour de la tête ; on prescrivit des frictions avec une demi-once d'onguent mercuriel, deux fois par jour ; on ouvrit le ventre à l'aide de lavements énergiques ; pour boisson, on donna l'infusion d'arnica édulcorée avec un sirop acidulé.

Le surlendemain, l'état du malade était empiré ; l'assoupissement se joignait aux autres symptômes, et le pouls était plus lent que dans l'état de santé. On prescrivit *un vésicatoire à la nuque, des frictions avec une once entière d'onguent mercuriel, et des lavements à l'assa-fœtida.*

Le jour suivant, plus d'assoupissement, le pouls est relevé ; l'action du mercure, après quatre onces d'onguent employées en frictions, se manifeste ; la tisane excite des nausées, et l'on en suspend l'usage. — *Potion laxative de Vienne*, 6 *onces, par cuillerée toutes les deux heures ; entretenir la suppuration du vésicatoire.*

Le septième jour, le pouls est plus calme, la douleur de tête légère, la paralysie amendée ; le malade commence à sentir l'urine qui s'écoule involontairement, mais il est encore incapable de la retenir.

En poursuivant le traitement dans le même sens, la fièvre et la céphalalgie disparurent peu à peu, le sommeil revint, le sujet reprit des forces ; et il ne se plaignait plus que de l'amaurose et de l'impotence des membres. Le mercure, l'arnica, la digitale, les dérivatifs de toute sorte n'ayant pu lui procurer aucun soulagement à cet égard, le chef de service voulut essayer ce que ferait le *rhus toxicodendron* ; et le treizième jour de l'entrée du malade, seizième de la maladie, il prescrivit :

Pr. Ext. de rhus toxicodendron,	1 grain.
Sucre,	10 grains.

Mêlez, divisez en dix paquets, — à prendre trois doses par jour.

On augmenta cette dose peu à peu. Sous l'influence de cette médication, de jour en jour on vit diminuer les symptômes de la paralysie ; et une quinzaine de jours suffirent pour restituer au malade et la faculté de voir et le pouvoir de se promener aisément dans sa chambre. La dose du remède était portée alors à 34 grains par jour. On jugea convenable de la diminuer peu à peu, et le malade ne tarda pas à sortir de l'hôpital avec une guérison complète et qui ne s'est pas démentie.

Nous ajouterons quelques remarques à cette observation. D'abord, la puissance de la mercurialisation semble venir à l'ap-

pui du traitement proposé et suivi avec succès par M. Golfin, contre l'hydrocéphale aiguë; mais c'est surtout sur l'action du *rhus toxicodendron* que nous voulons fixer l'attention des praticiens. Cette plante a été assez peu employée jusqu'ici, en France du moins. Cependant M. Dufresnois, de Valenciennes, dit avoir administré avec succès l'extrait des feuilles fraîches et contuses, à la dose de 1 à 8 grammes par jour, contre l'épilepsie et la paralysie. M. Bretonneau et M. Trousseau, après lui, ont eu également à s'en louer contre certaines paralysies; ils commencent par une dose de 25 centigr. d'extrait, portée successivement jusqu'à 4 grammes. D'un autre côté, M. Fouquier l'a essayé sans en retirer d'avantage notable. Faut-il accuser la diversité des cas? Faut-il s'en prendre au mode de préparation? Peut-être. Quelques médecins pensent que la partie la plus énergique de la plante est essentiellement volatile; d'où résulterait la nécessité de l'employer toujours à l'état frais. Au total, personne ne nie qu'elle ne jouisse de propriétés énergiques; il serait donc fâcheux qu'on la laissât dans un oubli immérité.

---

25. *Nouvelle manière de guérir la blennorrhagie, la blennorrhée, la leucorrhée, la cystirrhée et d'autres flux muqueux, à toutes leurs périodes;* par M. Taddei.

(Bulletino delle Scienze mediche.)

C'est au baume de copahu et au poivre cubèbe que l'auteur a demandé la guérison des inflammations blennorrhagiques ou autres des voies génito-urinaires. Seulement il l'administre localement en injections portées directement sur les parties malades. Lorsque, par exemple (et ce sont là les cas les plus nombreux), la blennorrhagie lui paraît être dépouillée de toute complication qui la puisse entretenir, il l'attaque directement, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, en faisant trois fois par jour, à intervalles égaux, une injection dans l'urèthre avec : baume de copahu, 16 grammes; émulsion d'amandes douces avec la gomme arabique, 90 grammes, et 8 grammes d'eau distillée de laurier-cerise. Cette dose, qui lui a réussi, dans un cas qu'il cite, à guérir d'emblée une blennorrhagie sur-aiguë, n'a rien d'absolu ni de constant; elle est subordonnée à l'intensité du mal, à son ancienneté, à la susceptibilité du sujet à l'égard du médicament, et enfin à mille circonstances particulières. Souvent il a porté pour la blennorrhagie la quantité de copahu à 30 grammes et plus quand la proportion ci-dessus indiquée ne suffisait pas. De même, dans la leucorrhée, il a injecté 250 grammes de copahu uni à 560 grammes d'émulsion. Il y a cependant, dans la com-

binaison et le choix même des éléments de cette injection quelque propriété spécialement curative. Ainsi un malade, guéri une première fois par cette méthode, ayant contracté une seconde blennorrhagie, retourna chez le même pharmacien prendre le remède qui lui avait déjà si bien réussi ; mais il n'en retira plus cette fois un semblable avantage. L'étonnement du malade cessa lorsque le pharmacien, interrogé par M. Taddei, avoua qu'ayant égaré la première formule, il avait cette fois composé, de tête et sur de vagues souvenirs, la mixture pour injection.

Sans compter les succès que ce moyen a eus entre les mains de ses collègues, MM. Passeri et Gavazzeni, l'auteur dit avoir jusqu'ici guéri, par le seul emploi de ces injections, 133 blennorrhagies simples, aiguës et très-aiguës, 75 blennorrhées, 51 leucorrhées et 17 catarrhes vésicaux. Toujours, dit-il, la cure a été radicale. Chez 43 malades, au contraire, il y eut insuccès ou du moins l'on n'obtint qu'une amélioration à peine sensible. La cause de ces échecs fut, ou l'ancienneté de la maladie, ou la coexistence d'altérations organiques de la prostate ou de la muqueuse uréthrale.

Plusieurs fois la durée du traitement, jusqu'à guérison complète, n'a été que de trois jours.

— Bien avant que de connaître la formule et les observations de M. Taddei, nous avions fait nous-mêmes contre la blennorrhagie aiguë et chronique des injections avec la potion de Chopart, seule ou étendue d'eau. Nous avons récemment répété les mêmes essais avec l'injection, telle que la conseille l'auteur. Les résultats, dans l'un et l'autre cas, ont été les mêmes : souvent de l'amélioration, de rares guérisons, surtout pour des écoulements déjà naturellement à leur déclin ; mais jamais de ces guérisons rapides de blennorrhagies aiguës, ni surtout de ces réussites constantes que tout clinicien qui prendra la peine d'observer par lui-même s'étonnera de lire par centaines dans le travail de M. Taddei.

---

26. *La pelviotomie est-elle préférable à la gastro-hystérotomie, et, dans ce cas, quelle est la meilleure méthode pour l'exécuter ;* par M. Capezzi.

(Annali universali di Medicina.)

C'est par une série d'expériences sur le cadavre que l'auteur a entrepris d'éclairer cette question, depuis si longtemps débattue, de la valeur relative de la pelviotomie ou bipubiotomie. Il a pratiqué d'abord les quatre sections indiquées par Aitken, savoir celle du pubis et de l'ischion de chaque côté, mais sans y

ajouter celle de la symphyse pubienne, comme le conseille Galbiati. Cela fait, il a cherché à obtenir l'ampliation du bassin en attirant en avant le fragment intermédiaire aux deux sections osseuses. Mais un fait important s'est alors présenté à son observation : c'est qu'on n'a presque aucun agrandissement lorsqu'on cherche à porter ce fragment directement en avant, dans le sens horizontal, parce qu'alors il est retenu en place par les tissus tendineux et musculaires sous-jacents. Il faut, pour allonger par cette manœuvre le diamètre antéro-postérieur d'une quantité notable, renverser le fragment sur lui-même, le faire basculer en quelque sorte, en pressant d'avant en arrière sur sa partie inférieure.

Lors maintenant qu'on a ajouté à ces deux premières divisions celle de la symphyse elle-même, on a provoqué à la vérité un agrandissement du détroit supérieur suffisant et au delà pour livrer passage à la tête du fœtus ; mais le spectacle de la dilacération qu'offraient alors les parties opérées avait réellement quelque chose d'horrible pour celui qui songeait à la difficulté d'obtenir ensuite la réunion, après de tels désordres et un si grand écartement.

Voici comment, d'après ses expériences, M. Capezzi conseille en définitive de procéder à l'opération. La femme étant couchée sur le bord d'un plan assez résistant, on incise, dans l'étendue d'un pouce seulement, les parties molles qui recouvrent les branches du pubis, à 2 pouces en dehors de la symphyse ; puis on divise ces branches, ce qui s'opère mieux et plus régulièrement avec une tenaille incisive qu'avec aucune espèce de scie. On passe ensuite à la section des branches de l'ischion, qu'on coupe de la même manière, à 1 pouce environ au-dessus du centre de l'arcade pubienne. On procède enfin au renversement de la pièce osseuse comprise entre les deux incisions, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Cette succession de manœuvres, l'auteur le reconnaît, ne comporte ni difficultés ni dangers graves ; cependant on risque dans le premier temps de couper l'artère obturatrice, et cet inconvénient est d'autant plus ennuyeux pour l'opérateur, qu'il ne pourrait l'éviter en faisant la section osseuse supérieure plus en arrière , car la situation moins accessible de l'os dans ce point lui susciterait alors des embarras extrêmes. Dans la section latérale inférieure, on a à craindre la lésion des honteuses externes ; mais on rendrait cet accident moins probable en faisant cette incision plus en haut. On aura également soin de vider préalablement la vessie pour la soustraire au danger d'une lésion accidentelle.

M. Capezzi repousse définitivement la division de la symphyse, conseillée par Galbiati, et il attribue, avec raison ce nous semble, à la grave complication causée par ce cinquième temps, la mort de Maria Mucci, opérée selon ce procédé par Galbiati lui-même.

Quant à la valeur clinique de cette opération, l'auteur, malgré ses inconvénients réels, ne croit pas qu'on doive la repousser entièrement de la pratique. A la vérité, elle ne donnerait qu'un secours tout à fait insuffisant lorsque le diamètre antéro-postérieur n'a que près de deux pouces, puisqu'on n'obtient par elle qu'un agrandissement d'un pouce environ. Son véritable cas d'application serait celui où, avec un diamètre sacro-pubien de trois pouces ou de trois pouces moins quelques lignes, le forceps aurait été infructueux, et où, le fœtus étant encore vivant, on ne pourrait tenter la céphalotomie. Mais, au-dessous de cette dimension, il vaudrait mieux en venir de suite à la gastro-hystérotomie que de tenter, sans aucune chance de succès, une opération presque aussi dangereuse que celle-ci.

---

27. *Sur l'état des femmes accouchées qui n'allaitent pas*; par M. Vincenzo.

(Il Raccoglitore medico.)

Cette question, traitée par l'auteur sous forme de discours prononcé à l'Académie de Bologne, offre un intérêt si réel et si souvent méconnu dans la pratique, que, malgré la forme oratoire de l'article, qui lui enlève un peu de son caractère clinique, nous avons cru devoir donner un résumé succinct des considérations qui y sont contenues, bien qu'en définitive elles ne fassent peut-être que rappeler à nos lecteurs des vérités déjà connues d'eux plutôt que leur ouvrir de nouvelles voies.

Trois conditions particulières caractérisent, selon M. Vincenzo, l'état des femmes récemment accouchées : d'abord l'excès de matériaux nutritifs que contient leur système circulatoire, et en même temps la faculté établie chez elles, par une habitude de neuf mois, de créer de nouveaux produits. En second lieu, il existe alors dans le système sécréteur une prédominance de plasticité, et aussi une grande tendance aux transsudations coagulables albumineuses. Enfin, la sensibilité nerveuse offre, dans l'époque puerpérale, une exaltation qu'expliquent facilement les secousses multipliées de la grossesse et de l'accouchement.

Pour débarrasser l'économie de ces causes de maladies, la nature ouvre deux émonctoires normaux : le flux lochial et la sécrétion laiteuse. Mais si l'une de ces sources de décharge vient

à manquer, on comprend quels effets graves et variés peuvent en devenir la conséquence. Il y a donc une conduite particulière à tenir envers les femmes chez lesquelles la sécrétion et l'excrétion du lait ne peuvent pas suivre leur libre cours, et cette conduite doit reposer sur les principes suivants :

On prescrira d'abord la diète la plus rigoureuse. En ôtant ainsi à la nutrition les éléments qui lui viennent du dehors, non-seulement on évite d'ajouter de nouveaux matériaux à ceux déjà existants, mais encore on provoque l'absorption d'une partie d'entre eux.

Ajoutant à cette action négative un secours positif, on ordonnera des boissons diluentes, diurétiques, emménagogues et sudorifères, pour créer de nouveaux moyens d'élimination aux principes qui se trouvent en excès.

Mais parmi ces utiles agents, le principal consiste dans l'administration de doux purgatifs, administration quotidienne, à dose modérée, et faite de manière à déterminer une dérivation lente et continue plutôt qu'une secousse violente. On préférera, parmi les médicaments de cette classe, les purgatifs salins auxquels est attribuée une vertu antiplastique, c'est-à-dire la propriété de s'opposer à la concrescibilité des humeurs. Les sels de soude, et surtout ceux de potasse, sont ceux qui passent le plus généralement pour jouir de ce pouvoir.

Sans exclure les emménagogues non plus que les médications ayant pour effet de favoriser l'abondance de l'écoulement lochial, M. Vincenzo croit cependant qu'il ne conviendrait pas d'abandonner exclusivement à leur action la cure à produire. Leur emploi, porté au delà de justes limites, a souvent d'ailleurs pour résultat d'amener à sa suite ces flueurs blanches rebelles à tout traitement et source trop fréquente de stérilité.

Quant au temps pendant lequel ces prescriptions hygiéniques et médicamenteuses devront être suivies, M. Vincenzo conseille, sauf les exceptions nombreuses qu'indiquent naturellement les cas particuliers, d'y persévérer durant une quinzaine de jours, et de ne rendre, au bout de ce temps, que peu à peu l'accouchée à ses habitudes antérieures.

---

28. *Sur les ulcérations du col de l'utérus pendant la grossesse ;* par le docteur Henri Bennet.

(The Lancet.)

Voici les conclusions que l'auteur a déduites de huit observations qui ont passé sous ses yeux :

1° Les ulcérations inflammatoires du col de l'utérus sont assez

communes pendant la grossesse, quoiqu'elles n'aient pas été signalées par les accoucheurs et par les divers auteurs qui ont écrit sur les maladies des femmes.

2° Lorsque cette maladie existe pendant la grossesse, ses symptômes sont les mêmes que dans l'état de vacuité ; seulement, ils sont rendus plus obscurs et plus ou moins modifiés par la gestation.

3° Ces ulcérations sont une cause fréquente de troubles de la santé pendant la grossesse ou d'accouchements laborieux ; c'est aussi une des causes les plus fréquentes de l'avortement dans les premiers mois et vers la fin de la grossesse. Elles peuvent déterminer l'avortement, soit directement et en vertu d'une action réflexe, soit indirectement, en occasionnant une maladie de l'œuf ou du placenta, ou en déterminant une hémorrhagie utérine.

4° L'examen avec le spéculum est absolument nécessaire dans ce cas, et n'a aucune influence fâcheuse ni pour la mère ni pour l'enfant.

5° Le traitement de cette forme d'inflammation utérine doit être institué sur les mêmes règles que s'il s'agissait d'ulcération dans les cas de vacuité. Ce traitement a pour résultat de préserver la vie de l'enfant et de conduire la grossesse jusqu'à terme, de même qu'il amène la guérison des ulcérations.

6° On peut dire, d'une manière générale, que les ulcérations sont la cause de ces fausses couches répétées et successives qui empêchent quelques femmes de porter leurs enfants à terme. C'est en guérissant ces ulcérations que l'on peut espérer mener la grossesse jusqu'à la fin.

7° Les symptômes graves d'inflammation et d'hémorrhagie qui succèdent quelquefois aux avortements reconnaissent, en général, pour causes une inflammation et des ulcérations méconnues du col de l'utérus. On constate souvent que la maladie existait avant l'avortement et qu'elle l'a déterminé. La même remarque s'applique à ces cas dans lesquels les symptômes que nous venons de mentionner précèdent et suivent le travail de l'accouchement ; car il ne faut pas croire que les ulcérations du col amènent nécessairement l'avortement.

8° Bien que l'ulcération du col soit, en général, une cause de stérilité, on observe néanmoins d'assez fréquentes exceptions à cette règle. Chez quelques femmes, l'imprégnation est, en effet, si facile, que les maladies utérines les plus graves n'y mettent pas obstacle.

29. *Sur l'auscultation obstétricale ;* par M. le docteur A. L. M'Clintock, professeur d'accouchements à l'École de médecine de Park-Street, à Dublin.

(Dublin quarterly Journal of Med.)

Voici les conclusions de ce travail qui est fort étendu :

1° Toutes les fois que le fœtus est vivant, on peut toujours reconnaître les bruits du cœur, à quelque période du travail que ce soit, pourvu que l'on ait l'habitude de l'auscultation obstétricale.

2° La détermination du point précis de l'abdomen au niveau duquel on entend les bruits du cœur du fœtus, peut servir à fixer la position que l'enfant occupe dans l'utérus ; mais on ne doit jamais se fier à ce signe seul et négliger le toucher.

3° Dans les présentations de l'extrémité inférieure de l'ovoïde fœtal, siége, pieds ou genoux, le cœur du fœtus se perçoit ordinairement plus distinctement dans le voisinage de l'ombilic de la mère.

4° La présence de jumeaux dans l'intérieur de l'utérus ne peut être déterminée que par le défaut d'isochronisme des battements des deux cœurs, et non pas seulement par la position différente que ces deux organes paraissent occuper.

5° Si, dans le cours d'un travail difficile et laborieux, les bruits du cœur du fœtus deviennent peu à peu, de clairs et distincts qu'ils étaient, faibles et obscurs, et s'ils finissent par n'être plus entendus, dans des circonstances qui ne paraissent pas prêter à l'erreur, on est autorisé à considérer l'absence de ces bruits comme un signe positif de la mort de l'enfant, pourvu cependant qu'on ait fait un nombre suffisant d'examens.

6° Dans les cas où l'on administre le seigle ergoté pour accélérer le travail, l'auscultation du cœur du fœtus est le seul mode de détermination possible de l'influence fâcheuse que le médicament commence à exercer sur l'enfant. C'est par conséquent l'auscultation seule qu'il faut consulter pour savoir si l'art doit intervenir ou non.

7° Dans les cas qui simulent la rupture de l'utérus, la persistance des bruits du cœur doit éloigner l'idée de la possibilité de cet accident ; et plus on percevra ces bruits à une époque éloignée de celle à laquelle se sont montrés des symptômes graves, plus on sera autorisé à conclure que cette rupture n'existe pas ; tandis que, d'un autre côté, la cessation brusque et subite des pulsations fœtales que l'on avait perçues quelques instants aupa-

ravant confirme les autres symptômes qui annoncent la déchirure de l'organe utérin.

8° Si après une attaque d'éclampsie survenue au septième ou au huitième mois de la grossesse, le travail ne survient pas d'une manière immédiate, on pourra porter le pronostic d'après l'état du fœtus : s'il est vivant, tout fait croire que la gestation arrivera à son terme, à moins de convulsions nouvelles; tandis que s'il est mort, il est infiniment probable que l'expulsion en aura lieu de dix à quatorze jours après l'attaque.

9e Le souffle placentaire ne peut fournir aucun renseignement certain sur l'état du fœtus.

10° Dans les cas d'hémorrhagie avant l'accouchement, le siége du bruit placentaire pourra donner des indications utiles sur l'implantation du placenta et établir, par suite, si l'hémorrhagie est accidentelle, ou si elle est de celles que rien ne peut arrêter.

11° L'auscultation du cœur chez les enfants mort-nés fait connaître l'état de la vitalité de l'enfant beaucoup plus exactement que toute autre méthode de recherche. On doit par suite y recourir dans tous les cas de cette espèce.

---

30. — *Luxation de l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre cervicale, réduite le septième jour, avec quelques considérations sur les luxations des vertèbres en général*; par le docteur SCHRAUTH.

(Archiv für physiologische Heilkunde.)

OBS. — J.-S.-B. de B., âgé de 25 ans, tisserand, fut saisi, dans la nuit du 26 février 1843, par deux hommes vigoureux qui voulaient le jeter hors de la porte. B., suspendu en l'air par ses adversaires, s'accrocha des deux mains aux montants de la porte ; alors l'un le prenant par la tête et le cou, et l'autre par le tronc, ils le jetèrent contre le mur du palier. B., en se relevant, se plaignit à l'instant d'une vive douleur sur la nuque, en disant : « Il faut qu'on m'ait arraché un morceau de chair au cou », et ne put plus remuer la tête. Un barbier, consulté le lendemain, le frictionna avec un onguent ; mais comme l'immobilité resta la même et que la douleur augmenta, B. se rendit, le 28 novembre, à une lieue de distance, chez M. le docteur T. Celui-ci, admettant un fort tiraillement dans la nuque, ordonna le repos, la diète, une saignée, des sangsues, des fomentations froides et un purgatif salin. Malgré la défense du médecin, le malade retourna à pied, quoique, lors de son arrivée, il fût épuisé de fatigue, sur le point d'avoir une défaillance et couvert d'une sueur froide. M. le docteur T. se rendit les jours suivants chez le malade, et continua le

traitement antiphlogistique ; mais comme l'état resta toujours le même, il fit, le 2 décembre, son rapport à la justice. L'auteur de ce mémoire trouva, le 3, le malade couché dans son lit, la tête dirigée à gauche ; il était enroué, parlait avec difficulté en ayant sa raison, et se plaignait d'une douleur dans la nuque et d'un engourdissement dans le bras gauche. Taille assez grande, habitus phthisique ; muscles flasques, mous ; cou long et maigre ; face pâle ; yeux hagards ; tête immobile comme une statue, tournée à gauche et un peu fléchie en avant. On pouvait un peu incliner la tête en avant, mais tout autre mouvement était impossible ; le larynx n'était pas trop proéminent ; pendant la déglutition, au reste facile, il y avait un sentiment de gêne dans le pharynx. Examinées par derrière, la tête et les épaules étaient un peu dirigées en avant, les omoplates saillantes et la gouttière vertébrale très-enfoncée et un peu concave à gauche. Lorsqu'on faisait tendre les bras en haut et en avant, la colonne vertébrale paraissait droite, à l'exception du cou, incliné à gauche et en avant.

En pressant sur les épaules, le malade accusait une vive douleur depuis la deuxième jusqu'à la sixième vertèbre cervicale, et une moins forte de la troisième à la huitième vertèbre dorsale ; mais celle-ci n'est, dit-on, survenue que plus tard et s'est propagée de haut en bas. Légère tuméfaction et ecchymose de la peau provenant de piqûres de sangsues, recouvrant les troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales. Les apophyses épineuses de la quatrième vertèbre cervicale étaient rangées dans une ligne droite normale ; mais l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre cervicale était un peu tournée à droite et enfoncée, c'est-à-dire poussée en avant. Comme le malade était très-maigre, on pouvait distinctement toucher les apophyses transverses des vertèbres cervicales ; la quatrième était douloureuse et proéminente à droite. Le cou était visiblement un peu convexe à droite. Nulle tension anormale des muscles du cou ; pas de symptômes d'irritation spinale ; pouls dur, fréquent ; pas d'appétit ; grande faiblesse.

Diagnostic. — Luxation de la quatrième vertèbre sur la cinquième dans l'articulation de leurs apophyses transverses droites, avec rupture des ligaments de cette articulation ; de là roideur de la nuque sans lésion de la moelle épinière.

Pronostic très-fâcheux ; car si on abandonnait le malade, il pouvait survenir une inflammation, de la paralysie, le marasme, et, dans le cas le plus heureux, au moins une roideur permanente du cou, et en tentant la réduction, on courait les plus grands dangers. Cependant on se décida pour la réduction, qui fut faite avec les plus grandes précautions. Un aide appuyait sur les épaules

du malade, assis sur une chaise ; un autre tirait la tête en haut, tandis que M. Schrauth appliquait le pouce sur le côté droit du cou, poussait la partie saillante à gauche, en arrière et en haut. Le malade sentait diminuer ses douleurs pendant la traction exercée sur la tête.

Encouragé par ce premier résultat, on fit asseoir le malade à terre, et on lui passa sous le menton deux fortes cravates nouées séparément sur l'un et l'autre côté au-dessus de l'oreille, et on les confia à deux aides ; une autre cravate, appliquée sur la nuque, tortuée au-devant du front, fut mise entre les mains d'un troisième aide. Ces trois hommes tirèrent directement la tête en haut ; un quatrième aide, assis derrière le malade, embrassant le tronc et les épaules, faisait la contre-extension en pesant de tout le poids de son corps. M. le docteur T. fut chargé de pousser en dedans et en arrière l'apophyse transverse droite qui faisait saillie, et alors M. Schrauth, saisissant la tête avec les deux mains, dirigeait les mouvements. Le malade tenait avec son bras droit M. Schrauth pour le prévenir si on devait s'arrêter dans les tractions ; plus elles étaient fortes, plus elles procuraient de soulagement. Pendant qu'on continuait ainsi à tirer lentement et avec prudence, on fit de légers mouvements en avant et en arrière, à droite et à gauche ; puis on imprima au cou une légère torsion sur son axe. Pendant ces manœuvres, plusieurs fois interrompues, on entendit à plusieurs reprises des craquements très-distincts dans le cou ; ces mouvements devinrent plus faciles sans être suivis d'accidents. Le malade tenait alors son cou droit sans douleurs. Après quelques instants de repos, M. Schrauth saisissait de nouveau, et sans employer beaucoup de force, la tête avec ses deux mains, le corps étant soutenu, et répétait si facilement les mouvements, que le malade lui-même les exécutait bientôt après tout seul. Il put abaisser le menton jusqu'à la poitrine, relever la figure pour voir un clou au plafond, et retourner la tête de côté et d'autre pour apercevoir ses épaules. L'enfoncement de l'apophyse épineuse et la saillie de l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre avaient disparu. Le succès de la réduction parut constaté. B. fut mis au lit sans appareil ; on lui prescrivit du sel de Glauber avec du nitre, une forte saignée, vingt sangsues et des fomentations froides sur le cou et sur la partie supérieure du dos.

Le 4 décembre, douleurs dans le cou et au dos ; diminution de l'engourdissement du bras gauche ; insomnie ; peu de soif ; pouls fréquent.

Le 5, douleurs moindres ; sommeil pendant trois heures ; ces-

sation complète de l'engourdissement ; gonflement des glandes lymphatiques du cou et de l'aisselle ; pouls mou et plus lent.

Le 6, gonflement des glandes plus prononcé ; les compresses froides furent remplacées par des applications chaudes.

Après quelques jours de repos, le malade put reprendre ses occupations sans gêne dans les mouvements du cou.

—Les détails avec lesquels nous avons donné cette intéressante observation nous paraissent suffisants pour prouver la vérité du diagnostic de cette luxation, qui n'a pu être confondue ni avec une fracture ni avec une forte contusion, et nous ne croyons pas devoir suivre l'auteur dans sa longue dissertation anatomique et physiologique sur la région lésée.

A l'occasion de cette observation, M. Schrauth a fait des recherches bibliographiques qui l'ont amené à la connaissance de 26 autres cas de luxation des vertèbres cervicales, avec le sien 27. Sur ce nombre, 3 fois la mort a été immédiate après l'accident ; dans 7 cas, les individus ont succombé plus tard sans qu'on ait tenté la réduction ; dans 3 cas, les suites de l'accident ne sont pas indiquées ; 3 fois il y eut guérison sans réduction des vertèbres, mais les mouvements du cou restèrent bornés ; sur 11 réductions, 9 furent faites avec succès et 2 furent suivies de mort.

Siége. La luxation eut lieu :

3	fois	entre	la	1re	et	la	2e	vertèbre	cervicale.
2	—	—	—	2e	—	—	3e	—	—
5	—	—	—	4e	—	—	5e	—	—
2	—	—	—	5e	—	—	6e	—	—
2	—	—	—	6e					
1	—	—	—	7e					

Dans les autres cas, le siége n'est pas indiqué.

Direction. Elle était 4 fois en avant, 2 fois en arrière, 6 fois sur les côtés ; 15 fois elle n'est pas indiquée.

Sur les 9 individus (2 avec paralysie et perte de connaissance) chez lesquels la réduction a été suivie de succès, la luxation a été 2 fois en avant, une fois en arrière et 4 fois sur les côtés, et chez 2, elle n'est pas indiquée.

Ces chiffres parlent en faveur de la réduction, d'autant plus que, chez beaucoup de malades où elle a été négligée, la mort est survenue plus tard, ou la vie a été rendue inespérable par des accidents consécutifs.

---

31. *Nouvelle méthode de lier les tumeurs ;* par M. Fergusson.

(Monthly Journal of medical Science.)

Lorsqu'on veut lier une tumeur à base large, on la traverse

avec une aiguille enfilée d'un fil double, puis on lie séparément avec chaque anse chacune de ses moitiés. MM. Liston et Warren conseillent de placer deux aiguilles à angle droit, selon les grands diamètres de la tumeur, et de lier celle-ci par quarts. Ce procédé est souvent supérieur au précédent, en ce que les portions de la tumeur ainsi détaillée sont plus exactement étreintes sans que le fil glisse de sa base. Néanmoins M. Fergusson lui trouve encore quelques imperfections. D'abord il faut faire quatre nœuds, et la compression n'est réalisée que lorsqu'on a terminé le dernier. Or, l'un des nœuds peut glisser et forcer le chirurgien d'en ajouter un ou deux supplémentaires. Il arrive souvent aussi que, lorsque les trois premiers nœuds ont été suffisamment serrés et qu'on veut former le quatrième, les premiers, au lieu de demeurer entre les ouvertures faites par les aiguilles, se trouvent sollicités par la traction à y entrer. Or, si les nœuds sont trop gros, ils ne peuvent y pénétrer, et en conséquence le fil reste lâche et la tumeur n'est point étreinte.

Ces défauts du procédé ordinaire ont engagé M. Fergusson à en chercher un autre qui permît de les éviter. Voici la description qu'il en donne. Soit une tumeur située sur le front : on prend une aiguille courbe, à manche, dont le chas est placé près de la pointe, et on l'enfile d'un fil double. On lui fait traverser de gauche à droite la base de la tumeur, et on dégage le fil aussitôt qu'on peut le saisir. On retire l'aiguille. Le fil est coupé en deux, et l'un de ses chefs est de nouveau enfilé dans l'aiguille. Celle-ci est alors portée à travers la base de la tumeur, mais de haut en bas. Dès qu'elle a percé la peau en bas, on dégage le fil; puis, sans la retirer, on y enfile l'autre chef. En retirant l'aiguille, on ramène ce chef et on le fait sortir par l'ouverture de droite avec celui sortant par l'ouverture d'en haut, et l'autre de l'ouverture de gauche avec celui de l'ouverture d'en bas, et le but de l'opération se trouve ainsi accompli très-simplement.

---

32. *Sur un nouveau bandage élastique pour contenir les hernies inguinales et crurales;* par M. ZAVAGLIA.

(Bulletino delle Scienze mediche.)

Dans le bandage ordinaire, le ressort passant entre le grand trochanter et la crête iliaque vacille dans cette situation, de sorte qu'il ne peut y être fixé qu'au moyen d'une forte compression exercée par la pelote sur le pubis; source de douleur pour le malade. — En outre, tous les muscles du flanc se trouvent serrés entre le bandage et l'os iliaque, non-seulement par l'élasticité propre au ressort, mais encore par la striction de la courroie qui

vient s'agrafer sur la pelote. Il résulte de là que, si le ressort a beaucoup de force, il gênera ces mouvements, et s'il n'en a que peu, les muscles indiqués pourront le déplacer en se contractant. — D'un autre côté, la partie postérieure du ressort ordinaire appuie toujours au niveau des dernières vertèbres lombaires, c'est-à-dire d'un point essentiellement mobile ; nouvelle cause de déplacement pour la pelote, que les sous-cuisses ne parviennent jamais à neutraliser en totalité. Un autre effet, tout aussi fâcheux, de cette construction, c'est que la ligne de pression du bandage (ligne représentée par celle qui irait de la pelote au point d'appui vers la colonne vertébrale) est alors dirigée très-obliquement de bas en haut et d'avant en arrière; tandis qu'elle devrait, pour agir efficacement en sens inverse de la direction qu'affectent habituellement les hernies, et surtout les hernies anciennes, se rapprocher beaucoup plus d'une ligne presque horizontale tirée d'avant en arrière et seulement un peu de bas en haut.

Pour remédier à ces vices, dont quelques-uns du moins nous semblent assez judicieusement signalés, l'auteur n'avait qu'à prendre le contre-pied de la construction actuelle dans la plupart de ses points. Ainsi, il fait appuyer la partie postérieure du ressort sur la première vertèbre sacrée, point à peu près immobile, en donnant, bien entendu, à cette portion du bandage un excès de largeur et une configuration particulière qui permettent de lui assurer un rapport plus exact avec la région qu'il recouvre, et par suite plus de fixité. A partir de ce lieu, le ressort se dirige en dehors, puis en avant, et passe sur la crête iliaque, où il peut facilement être maintenu, n'étant là en contact qu'avec des insertions aponévrotiques et non avec des fibres musculaires. D'autre part, le bandage s'appliquant dans une grande partie de son étendue contre un corps à surface invariable, la pelote n'est plus la seule partie fixée, et par conséquent il devient inutile d'exercer sur elle un degré aussi énergique de pression pour la maintenir contre l'ouverture herniaire.

Chez les malades sur lesquels il a appliqué un bandage construit d'après ces principes, l'auteur a pu remarquer, outre une contention très-exacte des viscères déplacés, l'absence de ce cercle rouge à la peau qui se forme en général par suite de l'application du bandage ordinaire, et qui annonce de leur part un excès de compression dont le pire inconvénient est de forcer parfois les malades à la quitter, malgré les dangers qui peuvent être la suite de cette omission.

33. *Cystotome et procédé de cystotomie;* par M. Casaccio.
(Il Filiatre sebezio.)

Ce procédé, qui réalise une indication déjà aperçue par plusieurs chirurgiens, et que diverses combinaisons instrumentales avaient jusqu'ici tenté de remplir, consiste dans une sonde de longueur, de grosseur et de cannelure ordinaires, mais sous la cannelure de laquelle il existe, au niveau de ses derniers 7 centim., un sillon profond commençant par une fossette à bord abrupte et se terminant en un cul-de-sac. Ce sillon est construit de manière à permettre au bouton du cystotome d'y glisser sans en pouvoir sortir. Quant au cystotome, la partie tranchante de sa lame a la forme d'un triangle équilatéral dont chaque côté a 3 centim. de longueur. Vers la pointe de la lame et sur son dos est fixé un bouton destiné à courir dans le sillon du cathéter.

La manœuvre est facile à comprendre. Après avoir placé la sonde et incisé l'urèthre, on met le bouton du cystotome dans la cannelure de la sonde, et on l'y pousse de l'extérieur à l'intérieur. Un bruit métallique annonce le moment où le bouton entre dans la dépression par laquelle le sillon commence. Il n'est plus besoin alors que de continuer à faire marcher le cystotome, en ayant seulement soin de tenir la sonde fixée contre l'arcade pubienne, qui sert de point d'appui. On retire ensuite les instruments et l'opération se termine comme à l'ordinaire.

---

34. *Sur la manière de faire agir la scie à chaîne;* par M. Chiminelli.
(Il Filiatre Sebezio.)

Nous extrayons d'un article concernant un tout autre sujet les règles suivantes sur l'application et le jeu de la scie à chaîne. Leur connaissance pourra prévenir une foule de lenteurs et de difficultés qui deviennent souvent un obstacle sérieux à l'accomplissement de la résection pour l'opérateur qui ne les aurait pas méditées à l'avance.

1° Comme le frottement du bord denté contre l'os peut rendre difficile le placement de la scie, quelques auteurs ont pensé qu'il vaudrait mieux la faire glisser d'abord, son bord lisse tourné vers l'os ; mais on éprouverait ensuite tant de peine à la retourner sur elle-même qu'on ne doit jamais employer ce moyen. Il ne serait praticable que si, par le fait des premières incisions, il existait entre l'os et les parties molles un espace suffisant pour permettre à la scie d'y jouer et d'y être retournée librement.

2° Il faut toujours tenir la chaîne par les manches, et non en serrant entre les doigts par une portion de sa longueur.

3° On doit prendre garde que la direction de la scie, pendant qu'elle est en action, conserve toujours une ligne horizontale, soit par rapport à la base de l'os à reséquer, soit relativement aux extrémités de l'instrument, qui doivent toujours être l'une et l'autre à la même hauteur.

4° Tâcher que la scie ait toujours une direction qui se rapproche le plus possible de la ligne droite. En rapprochant trop les manches l'un de l'autre, on ferait prendre à la chaîne la direction d'une ligne courbe à petit diamètre, et elle agirait alors plutôt en pressant qu'en sciant, ce qui est un obstacle manifeste à ce qu'elle divise promptement l'os.

5° En vertu de ce dernier principe, il convient de ne jamais tirer sur la scie avec une grande force.

6° Faire que le mouvement de la scie soit continu autant que possible jusqu'à ce que la section soit terminée.

7° Que le chirurgien tire toujours avec une force égale sur les deux manches ; une traction faite plus fort sur l'un et moins sur l'autre ralentirait l'opération et la rendrait plus difficile à accomplir.

8° Si une cause quelconque arrête le mouvement, il faut, après avoir tenté par une légère traction de le rétablir, s'efforcer, sans persister davantage, de détacher un peu la scie de la surface de l'os. En s'opiniâtrant à tirer, on ne ferait que presser la chaîne contre l'os, ce qui empêcherait de plus en plus de rétablir son jeu.

9° Enfin, de même que pour la division avec la scie ordinaire, on aura soin, avant de terminer la section, de faire soulever par un assistant le bout de l'os, pour que les deux surfaces de la section soient écartées et ne gênent pas le glissement de l'instrument en s'appliquant contre lui.

---

35. *Du traitement de la colique saturnine par les opiacés* ; par M. Triberti, médecin en chef du grand hôpital de Milan.

(Gazzetta medica di Milano.)

Le traitement de la colique de plomb par l'opium n'est pas une chose nouvelle ; sans rappeler le traitement de la Charité dans lequel l'opium est combiné avec les purgatifs, Stoll avait déjà recommandé de le donner à hautes doses, *dosas largas*, et il en avait obtenu des guérisons heureuses et rapides. M. Brachet, de Lyon, M. Bricheteau, M. Guéneau de Mussy s'en sont également bien trouvés. M. Chomel reproche toutefois à ce traitement d'être long ; très-rarement, dit-il, avant quinze jours la maladie a complétement cédé.

Les observations publiées par M. Triberti répondent victorieusement à ce reproche. Nous allons les analyser rapidement.

Obs. I. — Sujet de 30 ans ; déjà atteint une première fois, il avait été traité par les émissions sanguines et les purgatifs, et l'affection avait duré vingt jours. Deuxième attaque, traitement par le vin et l'opium. Il prit 12 grains d'opium (4 grains par jour en six pilules) ; 12 onces de sirop diacode (2 onces par jour dans une livre et demie d'émulsion ordinaire), 22 onces de vin. Entré le 6 août 1846, sorti le 12, parfaitement guéri.

Obs. II. — Sujet de 28 ans, déjà atteint plusieurs autres fois. Il prit 39 grains d'opium, 16 onces de sirop diacode dans des émulsions, 5 gros de laudanum dans six lavements pour combattre une constipation opiniâtre ; guérison en neuf jours.

Obs. III. — Sujet de 20 ans, atteint pour la seconde fois. — Le premier jour, 6 grains d'opium en six pilules, et pour boisson ordinaire, une livre et demie d'émulsion avec 2 onces de sirop diacode. — Le troisième jour, 8 grains d'opium, 6 onces de vin. — Le cinquième jour, 16 grains d'opium. — Le sixième jour, rétention d'urine ; deux lavements, chacun avec une demi-once de laudanum. Bref, le malade guérit en 13 jours, après avoir pris pendant ce temps 64 grains d'opium, 28 onces de sirop diacode, une once de laudanum en lavements, et 6 livres de vin.

Dans cinq autres observations qui suivent, la guérison a eu lieu en 6, 7, 8, 12 et 13 jours ; et l'auteur déclare qu'il compte déjà trente cas de guérison obtenue par l'opium et le vin.

On voit donc que l'action de l'opium n'est pas tout à fait si lente que le prétend M. Chomel, et que cette méthode peut être employée avec de réels avantages.

Mais il ne sera pas inutile de s'arrêter sur l'explication que les médecins italiens donnent de ces faits.

Suivant la doctrine italienne, les symptômes observés dans la colique de plomb se rapportent à l'appareil circulatoire, à l'appareil spinal ou à l'appareil gastro-entérique.

Les premiers se manifestent par le pouls lent, petit et intermittent, et par la pâleur générale ; ils annoncent clairement une hyposthénie cardiaco-vasculaire semblable à celle qu'on obtient par l'administration de la digitale.

Les seconds sont constitués par des douleurs autour de l'ombilic, aux lombes, au dos, au diaphragme ; par la contraction spasmodique de tous les muscles abdominaux, par la rétraction des testicules, par les convulsions des membres, par les paralysies, par le délire et par l'altération des sens. Tous ces symptômes annoncent un véritable spasme hyposthénique de l'axe spinal.

Il faut comprendre également parmi tous ces symptômes les douleurs abdominales qui ne résident pas dans les intestins, ainsi que le croient les observateurs superficiels, mais bien dans la contraction des muscles abdominaux et du diaphragme. Ce qui le prouve, c'est que ces douleurs s'allégent par la pression, tandis que, si elles étaient intestinales, elles devraient en être exaspérées. La constipation des malades ne dépend pas non plus d'une entérite, mais de cette même lésion morbide de l'appareil spinal et musculaire des intestins.

Les choses étant ainsi, le véritable traitement rationnel consiste dans l'emploi des excitants, des hypersthénisants ; et parmi ces moyens, nul n'est mieux approprié que l'opium, puisqu'il dirige précisément son action sur le système circulatoire et le système cérébro-spinal.

On fait valoir la tolérance *presque incroyable* qu'ont pour l'opium les sujets atteints de colique saturnine ; on remarque que, sous son influence, on voit cesser la constipation.

Nous ne voudrions pas trop médire de la doctrine italienne. Elle nous a donné le tartre stibié à haute dose, l'emploi des alcooliques contre certains empoisonnements ; et ses essais dans une route inexplorée n'auront pas été inutiles à la reconstitution de la matière médicale et de la thérapeutique. Mais elle n'a pas échappé au danger de tous les systèmes : le danger d'aller trop loin. Nous devons déclarer, pour notre compte, que cette prétention de mettre l'opium au rang des excitants, à côté du vin et de l'alcool, nous paraît absolument en désaccord avec les faits les plus patents de la pratique de tous les jours. M. Malgaigne donne l'opium à la dose de 8 et 10 grains par jour pour éviter l'inflammation dans les plaies et après les opérations les plus graves ; Bromfield le donnait pareillement même dans les plaies de tête ; dira-t-on qu'il va alors exciter le cerveau ? Nous doutons fort qu'aucun chirurgien osât administrer le vin à haute dose en de telles circonstances. Cette prétendue tolérance des sujets pris de la colique saturnine se remarque de même chez les blessés, et de même encore chez les sujets qui se portent bien. Au total, certains médicaments ont un tout autre mode d'action à petite ou à forte dose ; voilà le fait réel ; et l'idée d'une prétendue tolérance pathologique est une hypothèse systématique qui aurait grand besoin d'une sérieuse vérification.

---

36. *Remède fort simple contre les crampes des extrémités inférieures*, par M. Bradsley.

(London medical Gazette.)

M. le docteur Bradsley, de Manchester, a fait connaître un moyen fort simple qu'il emploie avec succès dans les crampes des extrémités inférieures qui tourmentent quelquefois cruellement les malades. Depuis plusieurs années, ce médecin souffrait lui-même beaucoup presque toutes les nuits de cette affection, et avait inutilement épuisé la foule de remèdes usités en pareil cas, lorsqu'il remarqua que, toutes les fois qu'il s'endormait sur un fauteuil, les pieds ne touchant point la terre, ou du moins les membres inférieurs formant un plan incliné avec le reste du corps, il n'éprouvait jamais de crampes dans cette position, et que les autres souffrances qui accompagnaient cet accident disparaissaient également. Cette remarque conduisit M. Bradsley à faire usage du procédé suivant pour prévenir le retour des crampes dans le lit : il disposa son lit en plan incliné, de manière à imiter l'action de la chaise, en ménageant vers le bas une chute d'environ un pied de hauteur. Pendant sept nuits consécutives, il n'éprouva aucune douleur ; mais une nouvelle servante non prévenue ayant fait le lit comme à l'ordinaire, les douleurs éprouvées par M. Bradsley furent telles que ses cris éveillèrent et inquiétèrent sa famille. Ce médecin a pu s'assurer plusieurs fois, en faisant son lit, soit horizontalement, soit sur un plan incliné, ainsi que nous venons de le dire, qu'il pouvait à volonté prévenir ou déterminer les crampes si douloureuses auxquelles il était sujet.

Du reste, il ajoute que les sujets atteints de ces crampes nocturnes, tout en ayant recours à ce moyen tout mécanique, doivent s'astreindre à un régime sobre et éviter tout excès.

---

37. *Compresseur pour l'hémorrhagie des alvéoles*; par M. Reid.

(The Monthly Journal of medical Science.)

Cet instrument, dont la construction sera peut-être difficile à comprendre sans la figure qui aide à son intelligence dans le texte anglais, se compose, pour la mâchoire inférieure, d'une planchette d'acier qui embrasse le dessous du menton et s'étend en arrière jusques et au delà des angles de la mâchoire. Elle est garnie à sa face supérieure d'un coussinet épais pour préserver de la compression les glandes situées dans le plancher de la cavité buccale. Ses deux extrémités latérales sont percées d'un trou où passe une vis métallique qui va d'autre part se fixer perpendiculairement à l'extrémité de la pièce buccale, laquelle est

appliquée sur les dents. Un écrou à vis entre dans la partie de la vis pleine qui déborde en bas la planchette et sert, lorsqu'on le fait tourner de bas en haut, à serrer davantage la mâchoire entre cette planchette et la pièce buccale.

Quant à la pièce buccale, percée au niveau de l'alvéole ou des alvéoles où la compression doit être faite, elle permet d'y exercer une pression graduée plus ou moins forte, au moyen d'une vis munie d'une tête mobile. Après avoir garni l'alvéole d'un bourdonnet de charpie, on fait descendre la vis autant qu'il le faut pour assurer une pression suffisante ; puis on la fixe dans cette situation au moyen d'un petit écrou. On a eu préalablement le soin d'enlever la tête, qui était nécessaire pour faire tourner la vis, mais qui, laissée en place, aurait causé de la gêne pour le mouvement de rapprochement des mâchoires.

Pour la mâchoire supérieure, la pièce buccale est fixée contre les dents par une sorte de fronde, formée de trois lanières de cuir qui embrassent les régions frontale, épicrânienne et occipitale. Ces trois lanières convergent de chaque côté vers un anneau qui est placé au devant de l'oreille, et d'où descend la partie qui se continue avec l'extrémité de la pièce buccale.

D'après M. Reid, cet instrument possède l'avantage :

1° De se prêter aisément à telle configuration que ce soit de la tête et de la face, ainsi qu'au siége de l'hémorrhagie quel qu'il soit ;

2° De ne pouvoir être déplacé de sa situation, vu qu'il est fixé sur les deux côtés de la face ;

3° De permettre au malade d'avaler des aliments sans que la compression soit suspendue, puisque rien dans sa construction ne met obstacle au mouvement de déglutition ;

4° De laisser le malade incliner librement la tête de côté et d'autre, et même mouvoir la mâchoire inférieure sans déranger l'appareil ;

5° D'appliquer à la fois la pression sur plusieurs points différents des mâchoires si la circonstance l'exige.

---

38. *De l'éther hydrochlorique* ; par le professeur Heyfelder.
(Archiv für physiologische Heilkunde.)

Trois expériences faites dans la clinique chirurgicale d'Erlangen confirment ce qui a déjà été dit sur l'effet de l'éther hydrochlorique. Son action est plus prompte, mais moins durable que celle de l'éther sulfurique, pour faire perdre la connaissance et rendre insensible à la douleur ; par conséquent, dit M. Heyfelder, son emploi doit se restreindre aux opérations qui peuvent être

terminées en peu d'instants. Ces trois cas prouvent de plus que l'inhalation de l'éther hydrochlorique est moins fatigante que celle de l'éther sulfurique : il ne produit pas de salivation, pas de larmoiement, pas de toux et pas de dyspnée, et il n'a pas été accompagné d'un sentiment pénible dont se plaignent les malades auxquels on fait respirer de l'éther sulfurique. Ce qui rendra l'emploi de l'éther hydrochlorique moins commun, c'est la difficulté de l'avoir bien préparé, de bien le conserver, et enfin la cherté encore augmentée par une excessive volatilité.

---

39. *Du croup et du pseudo-croup;* par le docteur HENOCH, à Berlin.

(Journal für Kinderkrankheiten.)

Trois observations font la base de cet article : dans la première, le croup s'est déclaré chez un enfant affecté de rougeole ; dans la seconde, le croup n'a pas été précédé d'une autre maladie : les deux enfants ont succombé après avoir rendu de fausses membranes ; le troisième enfant, qui a guéri, n'a pas rendu de membrane, quoique ayant présenté les autres symptômes du croup.

L'auteur, discutant ces trois faits, arrive à la classification suivante :

La *laryngite exsudative :* le croup est caractérisé anatomiquement par la formation de pseudo-membrane sur la muqueuse du larynx et de la trachée-artère ; souvent il est accompagné de spasme de la glotte qui peut aussi manquer.

Le *spasme de la glotte* se caractérise par une marche chronique, par des intervalles francs, par l'absence de toux et par l'intégrité de la muqueuse.

La *laryngite simple* avec rougeur, boursouflement, ulcération de la muqueuse. Lorsqu'elle a son siége sur l'épigastre et dans le voisinage des cordes vocales, elle peut être accompagnée de spasme de la glotte, et elle reçoit alors le nom de pseudo-croup, d'asthme de Millar, d'angine spasmodique.

---

40. *Sur le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants;* par le docteur SZOKALSKY, à Paris.

(Journal für Kinderkrankheiten.)

L'auteur, après avoir exposé l'historique, la description anatomico-pathologique et les symptômes de cette maladie, arrive à la partie la plus difficile : au traitement. Il passe en revue les résultats obtenus par les émissions sanguines, les purgatifs, etc., et s'arrête principalement aux effets du sulfate de

quinine employé chez six enfants de 6 à 14 ans, à la dose de 30 à 50 centigrammes dans les vingt-quatre heures, administré depuis midi à dix heures du soir, et continué de sept à quinze jours.

M. Szokalsky tire de ces observations les conclusions suivantes :

1° Le pouls devient plus lent, moins développé et irrégulier ;

2° La température du corps s'abaisse avec le ralentissement du pouls;

3° Dans quelques cas, la transpiration est augmentée ;

4° Au bout d'un certain temps, la peau se pèle, quelquefois même à la suite d'un vésicatoire ;

5° Les forces et les selles s'améliorent peu de temps après l'administration du remède;

6° Son emploi n'est pas suivi de fuliginosité des lèvres, des dents et de la langue, ni de tuméfaction du ventre, ni de diarrhée; il empêche plutôt le gonflement de la rate, favorise le retour de l'appétit; les fonctions cérébrales ne se sont pas aggravées;

7° Ce médicament, quoique ayant paru produire une fois une irritation de l'estomac, n'a pas fait naître une inflammation de cet organe ; il semble, au contraire, avoir favorisé la cicatrisation des ulcères intestinaux et la diminution du volume de la rate dans trois cas où la mort était due à des maladies (bronchite, croup, variole) survenues pendant que la fièvre typhoïde s'améliorait.

---

41. *Remarques sur les télangiectasies;* par le docteur Behrend.

(Journal für Kinderkrankheiten.)

Dans ce mémoire, très au courant de la science, le médecin de Berlin propose, outre tous les moyens déjà connus, le suivant qui nous paraît nouveau : la cautérisation avec l'acide acétique concentré, suivie d'application de compresses imbibées de vinaigre. Dans ce cas, la tumeur érectile se contracte, devient dure, d'un jaune pâle, et s'atrophie ; il se forme une inflammation oblitérante qui occasionne la coagulation du sang dans les vaisseaux, fronce la partie malade et la convertit en un tissu parcheminé, espèce d'escharе qui tombe et laisse voir les tissus sous-jacents complétement flétris. Il termine en recommandant la division sous-cutanée des vaisseaux dilatés à l'aide d'aiguilles à double tranchant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

42. *Alii Ben-Isa Monitorii oculariorum specimen;* par M. le docteur Sichel.

L'étude de l'histoire de la médecine, si fertile en enseignements, a pris de nos jours un développement inusité. Si, jusqu'à présent, l'Occident avait eu le privilége de fixer l'attention des médecins érudits, uniquement occupés des auteurs grecs et romains ; si les Arabes avaient été négligés par eux, malgré l'intérêt et l'importance qu'on ne peut s'empêcher de leur reconnaître, quand il s'agit de ce genre d'étude, on voit avec plaisir que, depuis quelque temps, l'Orient aussi a trouvé ses appréciateurs. Des hommes parfaitement capables de puiser eux-mêmes aux sources originales, ont publié plusieurs ouvrages de première valeur sur la médecine chez les Arabes, et particulièrement sur leur matière médicale ; enfin, l'on est en droit d'espérer que prochainement le nombre de ces recherches et de ces publications augmentera encore.

Parmi les branches de la médecine, il en est une, l'ophthalmologie, qui, dans les siècles où les Arabes régnaient sur l'art de guérir, a été cultivée par eux de prédilection et avec bonheur. Bien qu'ils n'aient, en général, fait que reproduire et amplifier ce qu'ils avaient reçu des Grecs, ils ont eu cependant occasion d'exercer cette partie des sciences médicales dans une si grande étendue, que souvent ils ont au moins pu rendre plus pratiques et plus détaillés les préceptes de leurs maîtres. Les climats chauds et les contrées orientales ont donné, de tout temps, et donnent encore aujourd'hui naissance à des inflammations intenses et fréquentes des organes de la vue, qui, souvent même, deviennent endémiques et épidémiques. Ces ophthalmies entraînent à leur suite d'autres affections graves de l'œil. En outre, des maladies nouvelles, et qui auparavant n'avaient pas été décrites, telles que la variole et d'autres fièvres éruptives, certaines affections cutanées, étaient propres aux pays sur lesquels dominèrent les Arabes, et au temps de leur plus grande puissance. En étendant leurs effets aux yeux et à leurs dépendances, elles y produisaient souvent des maladies symptomatiques exigeant des traitements spéciaux, et capables d'éveiller l'attention des praticiens. Toutes ces circonstances sont de nature à donner un grand intérêt aux recherches sur l'histoire de l'ophthalmologie chez les Arabes. De toute manière, leurs théories et leur pratique, en matière de médecine oculaire, devaient être de quelque importance pour ceux des ophthalmologistes qui tendent à considérer cette branche importante de la science médicale, non-seulement par rapport à ses applications, mais encore sous le point de vue scientifique.

Depuis plusieurs années, ces raisons m'avaient engagé à consacrer

quelques-unes de mes heures de loisir à l'étude de l'arabe et de l'hébreu, afin de pouvoir, par moi-même, me former une opinion sur les ophthalmologistes arabes et sur les Hébreux, leurs traducteurs les plus habituels et les plus fidèles. Il ne faut pas oublier que les traductions latines des ouvrages médicaux arabes sont presque toutes le produit du moyen âge, et qu'étant faites dans un latin trop calqué sur l'arabe ou sur l'hébreu, et mêlées de termes techniques arabes, orthographiés de manière que souvent on n'en peut plus déchiffrer le sens, elles deviennent ou infidèles ou inintelligibles. Souvent aussi ces traducteurs ont mutilé le texte, par la suppression de passages importants, ou bien parce qu'ils ont rédigé leur travail sur des manuscrits tronqués eux-mêmes. Après m'être un peu familiarisé avec la littérature ophthalmologique des Arabes anciens, voyant que ni parmi les orientalistes, ni parmi les médecins possédant la langue arabe, personne ne semblait désireux de s'occuper de l'étude historique de l'oculistique, je me proposai de combler cette lacune, en écrivant une histoire de cette branche de l'art de guérir chez les peuples de l'Orient. Je m'étais tracé un plan pour ce travail de longue haleine, et j'avais réuni de nombreux matériaux. Entre autres, je m'étais occupé d'un oculiste arabe du IXe siècle, à peine connu dans les écoles médicales modernes, et qui avait été l'objet de mes premières investigations : c'est *Isa ben-Ali*, appelé *Jésus Hali* par les écrivains du moyen âge. La Bibliothèque royale de Paris possède un manuscrit très-complet de l'ouvrage de cet auteur, dont il n'existe qu'une ancienne traduction latine, aussi mauvaise que remplie de lacunes. Il entrait dans mes intentions de faire connaître ce manuscrit aux philologues spécialement versés dans l'étude des langues orientales et aux oculistes.

Au milieu de mes préparatifs, je fus agréablement surpris par la publication d'un opuscule qui me fit concevoir l'espérance de voir une autre personne s'acquitter beaucoup mieux que moi d'une tâche méritoire, en initiant les médecins et les orientalistes à la littérature ophthalmologique arabe. Cette note a pour objet de rendre un compte succinct de cet opuscule et du plan que l'auteur s'est tracé. C'est un travail qui me paraît devoir intéresser les lecteurs de ce recueil, par son contenu d'abord, et ensuite par ce qu'il nous promet, si l'auteur persévère dans sa louable entreprise. Voici quel est son titre complet :

Alii ben-Isa Monitorii oculariorum, seu Compendii ophthalmiatrici ex Cod. arab. Mst. Dresdens, latine redditi specimen, praemissa de medicis arabibus oculariis dissertatione, edidit Carolus Augustus Hille, *Med. et Chir. Doctor.*

Il a 64 pages grand in-8°, et se compose de deux parties. La première (p. 10 à 46) est une esquisse de l'ophthalmologie arabe; aperçu concis, mais substantiel et très-bien fait. On y reconnaît parfaitement que l'auteur, non content de puiser avec conscience, patience et sagacité dans les écrits de ses prédécesseurs, surtout dans l'excellent ouvrage de M. Wüstenfeld (*Geschichte der arabischen Aerzte und Naturforscher*, Göttingen, 1840, in-8°), a de plus fait de laborieuses recherches originales. Ce n'est pas sans une vive satisfaction que j'ai trouvé, par exemple, dans ce spécimen, une note historique sur un oculiste arabe, au sujet duquel personne jusqu'ici n'a indiqué aucune particularité, que M. Choulant (*Handbuch der Bücherkunde für die ältere Medicin*, Leipzig, 1841, in-8°, p. 339), contrairement à son habitude, a cité sans donner aucun renseignement, et que M. Wüstenfeld a même entièrement passé sous silence. Cet oculiste est *Canamusali de Baldach*. Nous possédons de lui un petit traité pratique sur les maladies des yeux, imprimé en latin avec les traductions anciennes d'Isa-ben-Ali. D'après M. Hille (p. 45), « *Canamusali* (ou *Al-Canamusali*), était Arménien de naissance, mahométan de religion, et cultivait à la fois la médecine et la philosophie. Il vivait à Bagdad, peu de temps avant que cette ville, en 1258, fût prise d'assaut par les Tartares. » M. Hille donne également des détails exacts et complets sur *Isa-ben-Ali*, qu'il appelle *Ali-ben-Isa*, avec le manuscrit de Dresde.

La seconde partie de la brochure est un prodrome ou un spécimen d'une édition du traité d'Isa-ben-Ali que M. Hille se propose de publier. Elle commence (p. 47) par la traduction du premier des trois livres; puis suit (p. 62) celle de la table des matières, indiquant les titres des chapitres des trois livres de l'ouvrage entier. Cette traduction, toujours exacte, si j'en juge par le morceau que j'ai comparé avec le manuscrit de la Bibliothèque royale, est rédigée en un latin correct, clair et exempt d'affectation. Laissant de côté les remarques et les questions de détail, je demanderai seulement à M. Hille pourquoi il rend toujours par *strata oculi*, *stratum*, les mots *thabaka*, *thabakât al-ain*, qui sont l'équivalent exact des termes de *membranes de l'œil*, *membrana*, *tunica*, et du mot grec χιτών.

Par ce prodrome, M. Hille a voulu montrer ce qu'il se propose de faire, et, en même temps, il a fourni la preuve qu'il était parfaitement à la hauteur de sa tâche. Je n'eus pas plutôt pris connaissance de son opuscule, que je me proposai d'en rendre compte, dès que j'en aurais le loisir. Plusieurs mois s'écoulèrent, quand l'auteur, lors d'un voyage scientifique à Paris, se présenta chez moi et me fit connaître son plan. Il ne s'agit de rien moins que de publier une histoire complète de l'ophthalmologie chez les Arabes, en commençant par une édition critique d'Isa-ben-Ali. On comprend sans peine que je l'encourageai

de toutes les manières. Renonçant désormais, et de grand cœur, à l'idée que j'avais eue d'entreprendre un semblable travail, je lui communiquai les notes que j'avais réunies sur ce sujet, et je l'aidai à collationner le manuscrit parisien d'Isa-ben-Ali. Si je mentionne ces circonstances, c'est uniquement parce que les rapports que j'ai eus avec M. Hille m'ont convaincu de son double mérite. Comme arabiste, il est parfaitement en mesure de tenir ses engagements ; comme médecin, il est très-versé dans l'ophthalmologie pratique et scientifique, et il connaît parfaitement l'état actuel de la science. Cette dernière circonstance, et sur ce point je ne crains pas d'être désavoué par les hommes compétents, est essentielle. En effet, comment expliquer les anciens, si une connaissance profonde et pratique de la matière ne vous donne pas la clef de la critique et de l'interprétation ?

Les orientalistes et les médecins peuvent donc l'espérer en toute certitude, l'édition d'Isa-ben-Ali, que prépare M. Hille, remplira les conditions que l'on peut exiger. Je vais leur faire connaître en quelques mots le plan de l'auteur. Sa première intention était de se borner à donner seulement une traduction de l'ouvrage entier, conforme à celle qu'il a déjà publiée du premier livre. Actuellement il s'est arrêté à l'idée de publier le texte avec la traduction, en remplissant les lacunes par la comparaison exacte des deux manuscrits que possèdent les bibliothèques de Dresde et de Paris, et en indiquant soigneusement les différentes leçons. Dans ce but, il a copié une partie du manuscrit de Paris, et, avec ma coopération, il a collationné l'autre partie sur une copie du manuscrit de Dresde qu'il avait faite précédemment. Quant à moi, la comparaison de ces deux manuscrits me fait croire qu'ils sont émanés tous les deux du même texte original, ou de deux textes très-semblables, mais que, par l'inexactitude des copistes, il a été oublié, tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre, un ou plusieurs mots, ou même une phrase entière. Très-heureusement il ne semble pas arriver que dans tous les deux on ait omis la même phrase ou le même fragment de phrase. De cette manière, en collationnant attentivement les deux manuscrits, on parvient à reconstituer un texte très-complet, et dont les variantes sont en général plus verbales que matérielles. De plus, il existe, dans les deux manuscrits, des gloses qui tantôt rappellent, dans l'un des deux seulement, la leçon adoptée dans l'autre, tantôt donnent une leçon nouvelle. Quant à celui de Paris, outre les variantes qui sont analogues aux leçons du manuscrit de Dresde, et qui, toutes, sont d'une autre main que le texte, on y trouve encore des notes marginales, fournissant des variantes écrites d'une troisième main, et rarement conformes aux mots correspondants du texte de Dresde; d'où l'on peut conclure qu'elles sont puisées dans un texte primitif qui diffère encore du Codex de Dresde et de celui de Paris. Ce

troisième ordre de notes marginales fournit quelquefois de très-bonnes leçons. De cette manière, les deux manuscrits se complètent parfaitement; mais, avec l'un ou l'autre isolément, il eût été impossible de faire une édition irréprochable, exempte de très-notables lacunes.

Afin qu'on puisse mieux juger la différence des deux manuscrits, nous allons rapporter ici la traduction d'un chapitre, faite sur le texte de Dresde, en ajoutant entre des crochets, avec addition de la lettre P, les variantes les plus importantes du texte de Paris. Les notes marginales des manuscrits de Paris ou de Dresde sont indiquées par les lettres *P. gl.* et *Dr. gl.* Pour faire ressortir l'utilité d'une nouvelle traduction, nous avons également ajouté entre des crochets quelques fragments de la traduction du moyen âge, avec nos remarques. Nous nous sommes servi de l'édition suivante : *Tractatus de oculis* Jesu Hali. *Venet.*, 1500, *in-folio.* (*Ad calcem Cyrurgiae parvae Guidonis de Cauliaco.*)

« Livre II, chapitre vii. — *De l'adhérence (symblépharon et ankyloblépharon) et de son traitement.*

« Il existe trois espèces d'adhérence [entre les parties de l'œil] : l'adhérence de la paupière avec la prunelle de l'œil [la cornée], celle avec le blanc de l'œil, et l'adhérence des paupières [*Dr. gl. et P.* entre elles]. Cette maladie survient par suite de deux causes. L'une d'elles est une ulcération qui se développe sur l'œil, et la paupière allongée recouvre davantage le globe. L'autre cause est le traitement du ptérygium et du pannus, lorsque l'œil n'a pas été soumis à une thérapeutique convenable. Cette maladie enlève à l'œil la facilité de ses mouvements.

« *Traitement.*— Il faut introduire un stylet [sous [*Dr. gl. et P.*] la paupière, à l'endroit [de l'insertion] des cils [c'est-à-dire au bord libre ; tr. *sub palpebra in loco*] et l'élever [tr. *elevabis pallium*] à l'aide du stylet, ou la tendre avec une ou deux érignes [tr. *cum uno banio vel cum duobus*], puis disséquer l'adhérence avec une aiguille à cataracte [tr. *cum mendech, alias moliace* (1)], comme dans l'opération du ptérygium, jusqu'à ce que les adhérences soient détruites [*tebra*, *P. gl. yebra,* guéries; *P. tefna,* dis-

(1) Les manuscrits ont *bi-l-mahti;* il faut, selon moi, *bi-l-mihatti.* Le mot *mihatt* ne se trouve point dans le lexique de Freytag. Il est fréquemment employé par les chirurgiens et les oculistes arabes, pour une espèce d'aiguille à cataracte, différente du *mikdá'h,* d'après Avicenne (t. I, p. 353, ed. Rom.). De même que *mikda'h* vient de *kada'ha* « puiser avec une cuillère, vider ou récurer une fontaine, » le mot *mihatt*, et non *mahi*, doit dériver de *hatta*, « épancher ou répandre un liquide, » bien que Castell l'ait placé sous *mahata*, avec le sens duquel il n'a aucun rapport. Les Arabes nommaient la cataracte *l'eau* (*al-má*); ils la regardaient comme l'accumulation dans l'œil d'un liquide opaque, et comparaient son opération à l'action d'évacuer une eau trouble, d'épuiser ou de vider l'eau d'une fontaine, lorsqu'elle a perdu sa limpidité. C'est au moins ce qui me paraît ressortir du sens des passages que j'ai comparés, bien qu'à cet égard les chirurgiens arabes et les dictionnaires gardent le silence.

parues ; tr. *aperiatur*]. Si vous n'y réussissez pas avec l'aiguille à cataracte [tr. *et si non convenit ei mendech*], disséquez-les avec le scalpel [tr. *cum gamedein*]. Il faut éviter avec le plus grand soin de tirailler la membrane cornée, car il pourrait en résulter une procidence de l'iris. Ensuite instillez dans l'œil de l'eau de cumin et de sel [une infusion de cumin additionnée de sel], placez entre les lèvres de la plaie du coton [tr, *cotum*] imbibé d'huile de rose et de jaune d'œuf, et recouvrez l'œil d'un bandeau [*Dr.* et de jaune d'œuf avec de l'huile de rose ; tr. *et liga super oculum vitellum ovi cum oleo rosae*]. Le second jour, instillez dans l'œil de l'eau de cumin et de sel, et renouvelez le bourdonnet [tr. *lichinium*] et l'application de jaune d'œuf sur la cicatrice [tr. *super scissuram*]. Le troisième jour, selon ce que [la marche de] la maladie vous indiquera [de faire], employez un collyre épulotique.

« Lorsque l'adhérence existe entre les deux paupières, alors il faut, si cela est possible, introduire le stylet sous la paupière ; dans le cas contraire, pratiquez du côté du petit angle une incision peu étendue, juste assez grande pour que le stylet puisse entrer [*Dr.* sous la paupière] ; ensuite poussez la paupière en haut, au moyen du stylet, et disséquez-la avec le scalpel [tr. *cum gamedein*]. Si, au lieu du stylet, vous préférez introduire la serpette [le scalpel falciforme, tr. *elmengab, alias falcem similem hamo*], d'une forme semblable à celle du scalpel en faux pour les fistules [tr. *sicut mengral fistulae*], servez-vous-en pour l'incision [*ouateschokk bihi faf'al ;* tr. *et scinde vel aperi cum eo et operare ;* il a donc lu *fa'mil* pour *faf'al*]. Lavez [la plaie] avec l'eau de cumin et de sel, et placez entre les paupières du coton [tr. *cotum ad modum tentae*] imbibé d'huile de rose et de scorie d'airain [oxyde de cuivre, tr. *batiturae aeris*] ou d'emplâtre de céruse [tr. *vel emplastrum de cerusa decem marsiam*]. Gardez-vous bien de donner lieu à une récidive de l'adhérence, en voulant fortifier la paupière [*P. gl. aldjifn,* la paupière ; *P. et Dr. alkotn,* le coton], et en y appliquant assidument des collyres [astringents], tels que la scorie et la pyrite. [Tr. *et si redit conglutinatio , cave ne fortifices alcophol et alcophola cum quotidie cum batitura aeris et rustoim*], etc. Cette traduction fournit une troisième leçon : *alkohl*, le collyre, pour *al-djifn*, la paupière. Celle que j'ai donnée, sans être en contradiction avec le sens grammatical un peu vague du passage, est plus particulièrement basée sur sa teneur médicale et sur la comparaison avec les passages analogues des chirurgiens arabes. »

A propos du travail de M. Hille, il se présente encore à mon esprit quelques considérations d'un autre ordre, que je crois utile de signaler ici à mon jeune confrère, ainsi qu'à tous ceux qui s'occuperont de littérature ophthalmologique arabe.

1° Quant à la traduction, il est évident que, si elle doit faciliter la lecture de l'ouvrage à ceux qui connaissent l'arabe et leur servir de guide, de commentaire, elle est surtout destinée à remplacer le texte original pour ceux qui ignorent cette langue. Il faut donc qu'elle soit aussi littérale que possible. Toutes les fois que la clarté du sens exigera

l'addition d'un ou de plusieurs mots explicatifs ou complémentaires, on ne devra ajouter ces mots qu'entre des crochets. Plus d'une fois des discussions scientifiques ont été soulevées, qui n'auraient pas eu lieu sans l'addition arbitraire de quelques mots par un traducteur. Encore dernièrement ce cas s'est présenté, à l'occasion de recherches historiques sur l'opération de la cataracte, par le procédé de la succion, usité vers le xe siècle, dans l'Irak et le Khorasan (1).

2° S'il est indispensable d'appliquer aux travaux des anciens une critique qu'on pourrait appeler pratique, parce qu'elle doit avoir pour base l'étude clinique et anatomique des maladies des yeux, il n'est pas moins nécessaire d'avoir recours à la critique et à l'herméneutique historiques. Les Arabes ont presque toujours puisé chez leurs devanciers. Là donc où leurs écrits présentent de l'obscurité, on parvient à la dissiper le plus souvent en remontant aux Grecs et aux Romains. Loin qu'on puisse négliger l'étude de ces derniers, on comprendra sans peine qu'il faille commencer par eux avant d'arriver aux Arabes.

Dès que chez ces derniers il y aura quelque passage inintelligible, il faudra le comparer aux écrits des auteurs grecs et romains. Souvent ils fourniront, les Grecs surtout, l'origine d'une théorie, d'un mode de traitement, le sens et l'explication d'un terme technique obscur dans le texte arabe. On ne devra pas trop se hâter de regarder comme nouvelle une idée ou invention médicale émanant des Arabes, avant d'avoir bien compulsé sur le même sujet la littérature ancienne de l'Occident, à moins toutefois qu'il ne s'agisse d'un point relatif à une maladie manifestement nouvelle, endémique en Orient, et inconnue des anciens.

3° Quand les manuscrits arabes manquent, ou qu'ils ne fournissent pas une leçon satisfaisante, les traductions hébraïques peuvent y suppléer. Exactement calquées sur l'original, chose facile à cause de l'analogie des deux langues, elles conservent les termes techniques arabes avec l'orthographe exacte. Pour cela, il leur suffit de substituer aux lettres du texte les lettres correspondantes de l'alphabet hébreu.

4° Les traductions latines du moyen âge, soit imprimées, soit manuscrites, sont également une ressource qui n'est point à dédaigner, en ce qu'elles fournissent quelquefois de bonnes leçons, ou même des passages oubliés dans les manuscrits arabes. Lorsque le texte original n'est pas venu jusqu'à nous, un homme versé dans la connaissance de l'arabe, et surtout de l'arabe médical, peut même, avec leur aide, le reconstruire en partie, tandis que les personnes étrangères à cette

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, vol. XVII, pp. 104, 105.

langue ne comprennent absolument rien à ces traductions littérales et n'en sauraient point tirer parti. Pour ne citer qu'un exemple, le mot *mollificatio*, employé fréquemment dans les traductions latines du moyen âge, et spécialement dans celles d'Ibn-Sina, ne donne souvent aucun sens, et le texte reste tout à fait obscur, si, ne sachant pas qu'il est équivalent de *istirkhâ*, on n'y substitue le mot de *relaxatio*, relâchement.

Le sujet de cette note nous rappelle une perte très-sensible que l'étude de l'antiquité médicale, autant de l'Orient que de l'Occident, a faite par la mort prématurée du docteur Dietz, professeur de clinique médicale à la Faculté de Königsberg. Cet homme d'un profond savoir a collationné et copié, pendant ses longs voyages, une quantité innombrable de manuscrits médicaux grecs, latins et arabes, dans la plupart des bibliothèques de l'Europe. Si M. Hille pouvait obtenir du gouvernement de Prusse l'autorisation de mettre à profit les matériaux inédits recueillis par Dietz, il en tirerait sans doute un parti très-avantageux pour l'exécution de son plan littéraire. Ce serait un élément de plus pour assurer à son entreprise, déjà si méritoire par elle-même, un accueil favorable auprès du monde médical.

Certes, ce n'est pas l'étude de la langue arabe qui contribuera à former des praticiens. Mais ceux qui cherchent dans une science quelque chose de plus que le simple besoin de tous les jours; ceux qui n'ignorent pas que l'étude de l'histoire d'une science, et particulièrement de la médecine, fait éviter les erreurs séculaires où conduit l'esprit de système : ceux-là ont la conviction, devenue aujourd'hui générale, que l'étude des langues occidentales est loin de suffire, et que c'est un tort de les avoir cultivées exclusivement et aux dépens des langues orientales. Il serait à désirer qu'un certain nombre de jeunes médecins instruits, non encore surchargés par les devoirs de clientèle et d'enseignement, s'entendissent pour répartir entre eux les recherches historiques à faire, dans les auteurs arabes, sur les différentes branches de l'art de guérir. Il va sans dire que ce travail est inexécutable, si à un profond savoir dans les langues grecque, hébraïque et arabe, on ne joint pas une connaissance pratique et non moins profonde des diverses branches de la médecine que l'on choisira de préférence pour l'objet de ses investigations.

MÉLANGES.

43. *Observations sur la préparation du citrate de magnésie, et formules pour son emploi;* par EUGÈNE MARCHAND.

(Journal de Chimie médicale, décembre 1847.)

Le citrate de magnésie est de sa nature un sel fort peu soluble dans l'eau froide, même sous l'influence d'un excès d'acide, lorsqu'il a été préparé par les procédés connus. De tous ces procédés, celui publié par M. Duclou est le plus commode, en même temps qu'il donne un produit très-avantageux et préférable à un grand nombre des citrates de magnésie répandus dans le commerce, en raison de sa facile solubilité dans l'eau chaude; mais, ainsi qu'on va le voir, le sel qu'il produit ne peut convenir dans toutes les circonstances où le pharmacien peut être appelé à l'employer, car on trouve aujourd'hui, dans un grand nombre de villes, des dépôts d'une *poudre de citrate de magnésie sucrée et aromatisée*, laquelle, en se dissolvant dans l'eau, transforme ce liquide en une limonade gazeuse parfaitement limpide.

Plusieurs pharmaciens, comprenant l'insuffisance de ces procédés, ont manifesté le désir d'en connaître un qui leur permît d'obtenir un citrate de magnésie soluble dans l'eau froide, et par suite une formule pour préparer la poudre dont je viens de parler.

C'est dans ce but que j'ai entrepris les quelques essais qui font l'objet de cette note, que je m'empresse de faire connaître.

Le citrate de magnésie, dont la solubilité est augmentée par un excès d'acide, est un de ces sels qui, lorsqu'ils sont en dissolution dans l'eau, se décomposent avec une très-grande facilité en sels basiques, fort peu solubles, et en sels acides, très-solubles au contraire. En outre, le citrate neutre de magnésie, lorsqu'il cristallise, cède à une force d'aggrégation assez puissante pour qu'ensuite l'eau avec laquelle on le met en contact ne divise qu'avec peine les molécules qui composent chaque cristal, et par suite éprouve une très-grande difficulté à se dissoudre. — D'une autre part, la force en vertu de laquelle cette cristallisation s'opère, même dans des dissolutions concentrées, doit réagir longtemps sur les molécules du sel pour en provoquer l'aggrégation : car ce n'est qu'après un temps assez long que cette cristallisation se manifeste. — Enfin, lorsque l'on opère sur une dissolution *très-acide*, la cristallisation s'opère plus lentement encore; mais, comme dans les autres cas, le sel cristallin est encore loin d'être soluble dans l'eau froide.

C'est en réfléchissant à ces diverses circonstances que j'ai pensé

à essayer le procédé suivant, qui m'a donné un citrate *légèrement acide*, se dissolvant très-bien dans l'eau froide.

Je prends une quantité donnée d'acide citrique pur, soit.	100	grammes.
Je la fais dissoudre au bain-marie dans environ moitié de son poids d'eau, ou	50	—
Ensuite j'y projette, en une ou deux fois, toute la quantité d'hydrocarbonate de magnésie nécessaire pour saturer 100 parties d'acide citrique, c'est-à-dire 75 grammes, ci. . .	75	—

Et j'opère le mélange exact de la masse par une agitation que je continue sans interruption jusqu'à ce que la matière (que je maintiens toujours à la chaleur du bain-marie) devienne cassante par son refroidissement. Arrivée à cet état de dessiccation, on la pulvérise.

Par ces diverses manipulations, on empêche la cristallisation du sel neutre de s'opérer, et l'on obtient pour résidu une masse saline, bien soluble dans l'eau froide, et consistant en citrate neutre de magnésie mélangé d'une petite proportion d'acide citrique. (Il en contient environ 4 pour 100 de son poids quand il est préparé dans les proportions indiquées.)

Pour préparer la poudre dont j'ai eu l'occasion de parler plus haut, voici la formule que je propose.

Poudre de citrate de magnésie sucrée et aromatisée pour une bouteille de limonade gazeuse.

Prenez 30 grammes 50 d'acide citrique pur, faites les dissoudre dans 15 grammes d'eau, projetez-y, en une ou deux fois, 13 grammes d'hydrocarbonate de magnésie; mélangez exactement, évaporez rapidement au bain-marie, jusqu'à siccité. Pulvérisez le résidu et mélangez-le avec

Hydrocarbonate de magnésie.	8	grammes.
Sucre aromatisé au citron ou à l'orange. . .	60	—

Et conservez pour l'usage.

On obtient ainsi une proportion de poudre destinée à convertir une bouteille d'eau en limonade gazeuse contenant 50 grammes de citrate de magnésie. — Si l'on voulait préparer une poudre contenant seulement 40 grammes de citrate, il faudrait n'employer, dans la première opération, que 24 grammes 50 d'acide citrique, 9 grammes d'hydrocarbonate de magnésie, et 12 grammes d'eau, en ayant soin, comme dans la précédente formule, de mélanger le résidu avec 8 grammes d'hydrocarbonate de magnésie et 60 grammes de sucre aromatisé.

Comme dans ces diverses opérations le produit obtenu ne peut

être purifié par le filtre, il est indispensable que l'hydrocarbonate de magnésie, que je conseille d'employer, et qui est celui du commerce, soit préalablement passé au travers d'un tamis de soie très-fin, pour le séparer des impuretés qu'il contient quelquefois. Il vaudrait mieux encore que les pharmaciens préparassent eux-mêmes par le procédé ordinaire l'hydrocarbonate de magnésie qu'ils doivent employer pour leurs limonades magnésiennes ; ils seraient plus assurés alors d'obtenir des produits *complétement solubles dans l'eau*, et dont la saveur serait infiniment plus agréable.

Les médecins prescrivent quelquefois les pastilles au citrate de magnésie. Voici la formule à laquelle j'ai eu recours, et qui m'a donné un produit fort agréable :

Tablettes au citrate de magnésie.

Pr.	Citrate de magnésie soluble dans l'eau froide.	50 grammes.
	Sucre blanc, aromatisé à l'orange	50 —
	Mucilage de gomme adragante.	Q. S.

F. S. A. 100 tablettes, contenant chacune 0 gramme 50 de citrate de magnésie.

---

44. *Découverte d'un nouvel agent anesthétique plus efficace que l'éther sulfurique ;* par J.-Y. Simpson, professeur d'accouchement à l'Université d'Édimbourg.

(Revue médico-chirurgicale, décembre 1847.)

A la première séance d'hiver de la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg, le 10 novembre dernier, j'eus occasion d'appeler l'attention des membres de la Société sur un nouvel agent que j'employais depuis quelque temps pour produire l'insensibilité à la douleur, dans la pratique chirurgicale et obstétricale.

Ce nouvel agent est le *chloroforme*, *chloroformyle*, ou *perchlorure de formyle* (1). Sa composition est exprimée par la formule chimique $C^2 HCl^3$. On peut l'obtenir par divers procédés : par exemple, en faisant agir du lait de chaux ou une solution aqueuse de potasse sur du chlore ; — en distillant l'alcool, l'esprit pyroxilique ou l'acétone, avec du chlorure de chaux ; — en faisant passer un courant de chlore gazeux dans une solution de

(1) En faisant diverses expériences sur l'inhalation de différents liquides chimiques volatils, j'ai, en outre du perchlorure de formyle, respiré le chlorure d'hydro-carbone, l'acétone, le nitrate d'oxyde d'éthyle, la benzine, la vapeur d'iodoforme, etc. J'aurai probablement quelque autre occasion de décrire les résultats obtenus. Il est peut-être digne de remarque qu'en faisant ses expériences sur l'inhalation, sir H. Davy ait borné son attention à l'inspiration des gaz, et ne semble pas avoir respiré aucune espèce de liquides.

(*Note de l'auteur.*)

potasse caustique dans l'esprit de vin, etc. Le choroforme résultant de ces procédés est un liquide pesant, clair, transparent, d'une pesanteur spécifique égale à 1,480. Il n'est pas inflammable. Il s'évapore facilement, et entre en ébullition à 140°. Il possède une odeur agréable et suave, analogue à l'odeur de fruit, et une saveur saccharine non moins agréable.

Comme agent anesthétique introduit par inhalation, il possède, à mon avis, tous les avantages de l'éther sulfurique, sans en avoir les principaux inconvénients.

1° Il faut beaucoup moins de chloroforme que d'éther pour déterminer l'insensibilité ; 100 à 120 gouttes suffisent pour l'ordinaire, et chez quelques malades beaucoup moins. J'ai vu un sujet robuste rendu complétement insensible par sept aspirations de trente gouttes seulement de ce liquide.

2° Son action est beaucoup plus rapide et plus complète, et généralement plus persistante. J'ai presque toujours vu de dix à vingt aspirations suffire, et quelquefois moins. Il y a ainsi économie de temps pour le chirurgien ; et cette période d'excitation, qui appartient à tous les agents narcotiques, étant réduite de durée, ou véritablement abolie, le malade n'a pas autant de tendance à l'exhiliration et à la loquacité.

3° La plupart de ceux qui connaissent par une expérience antérieure les sensations produites par l'inhalation de l'éther, et qui ont ensuite respiré le chloroforme, ont fermement déclaré que l'inhalation et les effets du chloroforme sont beaucoup plus agréables que ceux de l'éther.

4° Je pense que, en considérant la petite quantité requise comparativement à celle de l'éther, l'usage du chloroforme sera moins dispendieux, d'autant qu'il y a tout lieu de penser que les moyens de le préparer deviendront plus simples et plus économiques.

5° Son odeur n'est point désagréable, tout au contraire ; et elle ne reste pas longtemps attachée aux vêtements de l'opérateur, et ne s'exhale point d'une manière fâcheuse des poumons du patient, comme cela arrive généralement avec l'éther.

6° A raison également de la moindre quantité requise, il est plus facile à porter avec soi que l'éther.

7° Il n'est besoin d'aucun appareil spécial pour son administration. Un peu de liquide versé à l'intérieur d'une éponge figurée en creux, ou sur un mouchoir de poche, sur un morceau de linge ou de papier, et appliqué par-dessus la bouche et les narines, de manière à être largement respiré, suffit généralement, en une ou deux minutes, pour produire l'effet désiré.

J'ai eu l'occasiou d'employer le chloroforme avec un succès complet dans plusieurs opérations chirurgicales : ablations de tumeurs, extirpations d'un os nécrosé, amputation partielle du gros orteil ; — pour l'arrachement des dents (1) ; — pour des ouvertures d'abcès ; — pour annuler la douleur dans des cas de dysménorrhée et de névralgie ; — dans deux ou trois cas où j'avais tenté la galvano-puncture à une grande profondeur pour le traitement de l'hydropisie ovarique, et où il était survenu des douleurs très-vives ; — dans un cas d'ablation d'une tumeur fibreuse très-considérable enlevée de la partie postérieure de l'utérus par énucléation, etc. (2).

Je l'ai également employé dans la pratique des accouchements avec un entier succès. La dame à laquelle il fut administré pour la première fois durant la parturition, avait été auparavant délivrée à la campagne par la crâniotomie, après un travail qui avait duré trois jours. A son nouvel accouchement qui était le deuxième, les douleurs étaient survenues quinze jours avant le terme ordinaire. Elles duraient depuis trois heures et demie, et la dilatation du col utérin était complète, lorsque je la mis sous l'influence du chloroforme par humectation, en versant une cuillerée à thé du liquide dans un mouchoir de poche roulé en forme d'entonnoir, et plaçant l'orifice évasé de l'entonnoir par-dessus la bouche et les narines. A raison de l'évaporation du liquide, on en versa une autre cuillerée au bout d'environ dix à douze minutes. Vingt-cinq minutes après le commencement de l'inhalation, l'enfant fut expulsé ; la mère resta ensuite plongée dans un sommeil plus prolongé qu'il n'arrive communément avec l'éther. Les cris de l'enfant ne la réveillèrent point, comme

(1) Un jeune dentiste, qui s'est fait lui-même récemment arracher deux dents, l'une sous l'influence de l'éther, l'autre sous l'influence du chloroforme, m'a donné les détails suivants sur l'opération : — « Il y a environ six mois que je me fis arracher une dent molaire supérieure, sous l'influence de l'éther, par M. Imlach. L'inhalation fut continuée plusieurs minutes avant de produire les phénomènes ordinaires d'une complète éthérisation ; la dent fut extraite ; et bien que je n'eusse pas senti la moindre douleur, toutefois j'avais la conscience qu'on m'opérait, et j'eus la sensation parfaite du craquement produit par l'extraction. Il y a quelques jours, j'eus recours au même dentiste pour m'enlever une autre molaire. J'inhalai la vapeur de chloroforme, dont on versa une demi-drachme sur un mouchoir qu'on me tint devant la bouche et le nez. L'insensibilité se manifesta en quelques secondes ; et j'étais si complétement *mort*, que je n'ai pas eu la moindre conscience de ce qui s'est passé. Les effets consécutifs du chloroforme disparaissent aussi plus rapidement que ceux de l'éther; et j'étais parfaitement rétabli et en mesure de reprendre mes occupations après quelques minutes. » (*Note de l'auteur.*)

(2) J'ai maintenant administré le chloroforme à environ cinquante individus, et dans aucun cas je n'en ai vu résulter le moindre accident.

(*Note de l'auteur.*)

de coutume ; et quelques minutes s'écoulèrent, après que le placenta eut été expulsé, et que l'enfant eut été emporté par la nourrice dans une autre chambre, avant que la patiente se réveillât. Elle se retourna alors de tous côtés, et me dit qu'elle avait *joui d'un sommeil délicieux, et en vérité bien nécessaire, étant aussi fatiguée qu'elle l'était* (1), *mais qu'elle serait maintenant plus capable de supporter le reste du travail.* J'évitai d'entrer en conversation, convaincu que le calme le plus complet possible forme un des principaux secrets pour réussir après l'administration soit de l'éther, soit du chloroforme. Un moment après, elle dit qu'elle avait peur *que son sommeil n'eût arrêté les douleurs.* L'enfant ne tarda pas à être rapporté par la nourrice de la chambre voisine, et nous n'eûmes pas peu de difficulté à convaincre la mère stupéfaite que le travail était entièrement terminé, et que l'enfant qu'on lui présentait était bien réellement son propre enfant vivant.

On m'excusera peut-être d'ajouter que, depuis la publication de mon mémoire sur l'éthérisation appliquée aux accouchements, il y a sept ou huit mois (2), mémoire où l'attention des praticiens était attirée pour la première fois sur l'usage étendu de l'éther et son importance dans l'accouchement naturel et contre nature, je l'ai employé, sauf de rares exceptions, chez toutes les femmes que j'ai été appelé à délivrer, et avec les plus admirables résultats ; et je ne doute pas le moins du monde que d'ici à quelques années la pratique n'en devienne générale. Les accoucheurs pourront s'y opposer ; mais je pense que les femmes elles-mêmes leur en imposeront l'usage (3). Je n'ai jamais eu le plaisir de voir une série de rétablissements et plus heureux et plus rapides ; pas une seule fois il ne s'en est suivi de résultat désagréable, soit pour la mère, soit pour l'enfant, tandis que j'ai vu jusqu'ici une immense quantité de douleurs et d'agonies pour les mères épargnées par son emploi. Et ma conscience me fait un devoir de penser que la haute mission du médecin a deux

(1) En conséquence de l'extrême anxiété que lui causait le malheureux résultat de ses premières couches, elle avait dormi à peine, ou même pas du tout, durant une ou deux nuits avant le commencement du nouveau travail.
(*Note de l'auteur.*)

(2) Voir *Monthly Journal of med. Science*, février et mars 1847 ; — et *Revue médico-chir. de Paris*, t. I, p. 301.

(3) On m'a dit que les médecins de Londres, à part seulement deux ou trois exceptions, n'ont jamais jusqu'ici employé l'éthérisation dans la pratique des accouchements. Il y a trois semaines, j'ai reçu une lettre du professeur Montgomery, de Dublin, qui m'informait que, dans cette ville, à la date de sa lettre, il ne pensait pas qu'on en eût fait usage dans un seul cas de travail.
(*Note de l'auteur.*)

buts bien distincts, savoir : d'adoucir les douleurs humaines, aussi bien que de préserver la vie des hommes.

Dans quelques remarques que j'ai publiées dans le *Monthly Journal of medical Science*, septembre 1847, relativement aux conditions propres à assurer le succès de l'éthérisation en chirurgie, j'ai saisi l'occasion d'insister sur les trois points capitaux qui suivent :

« 1° Le patient doit être laissé, autant que possible, dans un état de repos absolu, et libre de toute agitation d'esprit, soit pendant l'éthérisation, soit après, et tout le temps nécessaire à sa guérison. Toute conversation et toute question doivent être strictement prohibées. De cette manière, on éloigne toute tendance à l'excitation, et l'effet propre de l'inhalation d'éther est plus promptement et plus certainement produit.

« 2° Dans le même but, l'état primitif d'exhiliration doit être entièrement évité, ou du moins réduit à la plus courte durée possible, en imprégnant l'air respiré de vapeur d'ether aussi complétement que le malade peut le supporter, et en l'introduisant dans les poumons par la bouche et les narines à la fois, de manière à obtenir rapidement et tout d'un coup son effet complet et anesthétique, une erreur très-commune, et assurément trés-impardonnable, étant d'administrer une dose de vapeur incomplète et excitante, au lieu d'une dose complète et narcotisante. Nombre des échecs et des accidents éprouvés sont dus, sans aucun doute, uniquement à l'oubli de cette règle si simple ; et ce n'est point alors le principe de l'éthérisation, mais la manière de l'appliquer, qui mérite un blâme sévère.

« 3° Mais, quels que soient les moyens ou le procédé d'éthérisation adoptés, la plus importante des conditions requises pour obtenir de son emploi en chirurgie un résultat satisfaisant et heureux, consiste dans la résolution obstinée de ne pas commencer l'opération, de ne jamais se hasarder à appliquer le couteau que le malade ne soit complétement sous l'influence de l'éther, et parfaitement et indubitablement en léthargie. »

En remplissant toutes ces indications, l'emploi du chloroforme offre évidemment des avantages considérables et décidés sous le triple rapport de sa rapidité, de sa facilité et de son efficacité. Quand il s'agit d'une opération chirurgicale, je conseillerais de l'administrer sur un mouchoir disposé en forme de coupe dans la main de l'opérateur, en renversant cette coupe improvisée sur la bouche et les narines du patient. Pendant la première ou les deux premières inspirations, on tiendra le mouchoir à un pouce

à peu près de distance ; après quoi, on l'appliquera de plus en plus fortement.

Pour assurer le plein et entier effet anesthétique, plus particulièrement quand l'opération doit être laborieuse, on versera une cuillerée à thé de chloroforme dans le creux du mouchoir, et on l'appliquera immédiatement sur la face du patient. Généralement, un sommeil avec ronflement se manifeste en fort peu de temps ; et c'est un signe irrécusable que l'insensibilité est complète. Mais plusieurs malades deviennent tout à fait insensibles sans avoir présenté ce symptôme.

Pour mieux faire voir toute l'influence de ce nouvel agent anesthétique, je donnerai ici les détails de deux opérations pratiquées tout récemment par le professeur Miller : la première à l'infirmerie royale d'Edimbourg (1) ; l'autre en ville. Je dois ces détails et les remarques qui les suivent à M. Miller lui-même.

Obs. I. — « Un enfant de quatre à cinq ans portait une nécrose de l'un des deux os de l'avant-bras. Il ne parlait que le gallois ; aucun moyen, par conséquent, de lui expliquer ce qu'on voulait lui faire. Lors donc qu'on lui mit sur la figure le mouchoir sur lequel on avait versé du chloroforme, il en fut effrayé, et se débattit pour s'échapper. Toutefois, il fut retenu doucement par le docteur Simpson, et forcé à respirer dans le mouchoir. Après quelques inspirations, il cessa de crier et de remuer, et tomba dans un sommeil accompagné de ronflement bruyant. Une incision profonde fut faite alors pour mettre à nu l'os affecté ; et, à l'aide des pinces, on fit l'extraction de la presque totalité du radius passé à l'état de séquestre. Durant cette opération et l'exploration subséquente avec le doigt, il n'y eut pas le moindre signe de douleur. Il dormait et ronflait toujours, et fut ramené en cet état dans sa salle. Une demi-heure après, il se trouvait dans son lit comme un enfant nouvellement éveillé d'un sommeil réparateur, l'œil vif et clair, et une expression de calme sur la figure, bien différente de ce qu'on obtient après l'éthérisation ordinaire. On le fit questionner par un interprète gallois qui se trouva parmi les étudiants ; il répondit qu'il n'avait jamais senti aucune douleur, et n'en ressentait point encore en ce moment même. On lui montra son bras opéré ; il parut tout surpris, mais ne jeta aucun cri et n'exprima pas la moindre frayeur. »

(1) Le professeur Dumas, de Paris, M. Milne Edwards, le docteur Christison, sir Georges Ballingall, et un nombreux concours de médecins et d'élèves furent témoins de cette opération, et de deux autres pratiquées avec le même succès par le professeur Miller et le docteur Duncan. (*Note de l'auteur.*)

Obs. II. — « Une jeune dame désirait se faire extirper une tumeur enkystée ayant son siége au-dessous de l'angle de la mâchoire. On versa une petite quantité de chloroforme sur une de ces éponges dont on se sert habituellement dans les opérations. En moins et beaucoup moins d'une minute, elle était tombée dans un sommeil bruyant, assise commodément sur une chaise, les yeux fermés, la figure conservant son expression accoutumée. La tumeur fut enlevée et la plaie réunie par suture sans aucun signe de douleur. Loin de là, elle avait éprouvé, comme elle le dit après, des sensations de la nature la plus agréable ; et durant l'opération elle n'avait pas plus bougé que si ç'eût été une figure de cire. »

« Il n'y eut, après ces deux opérations, aucun malaise, aucun vomissement, aucuns mal de tête, ni salivation, ni gêne dans la poitrine. Une fois ou deux, les premières aspirations s'accompagnèrent d'une petite toux de chatouillement (1). »

---

45. *De l'élytromochlion, ou nouvel appareil pour maintenir les descentes de matrice ;* par le professeur Kilian, de Bonn.

(Revue médico-chirurgicale, décembre 1847.)

Frappé des inconvénients des pessaires ordinaires, le professeur Kilian a cherché à les remplacer par un appareil qui ne touche pas l'utérus, mais qui tient le vagin élevé et fait qu'il lui est impossible de se retourner ; c'est pourquoi il l'appelle *élytromochlion*, comme qui dirait *supporteur du vagin*.

Cet instrument se compose essentiellement d'un ressort d'acier long de quatre pouces environ, affectant, dans l'état de repos, une direction à peu près rectiligne, assez faible pour qu'on puisse en rapprocher les deux extrémités à l'aide du pouce et de l'indicateur, et l'introduire ainsi au fond du vagin, assez fort pour que ses deux extrémités, abandonnées à leur élasticité naturelle, refoulent les parois du vagin d'un côté et de l'autre, et les tiennent ainsi tendues et écartées, tout en conservant au ressort la forme d'une anse dont la convexité est tournée en bas. Comme les bouts du ressort blesseraient assurément le vagin, on les munit chacun d'un bouton en bois suffisamment large et

(1) *The Medical Times.* — Nous avons pensé qu'il serait intéressant pour nos lecteurs d'avoir sous les yeux le mémoire même de M. Simpson, qui a été reproduit actuellement par tous les journaux de Paris. Il serait inutile de nous étendre sur les essais que nous avons faits nous-mêmes, et qui nous ont donné des résultats tout à fait semblables à ceux de M. Simpson ; tous les chirurgiens de Paris ont aujourd'hui administré le chloroforme, et il est très-certain qu'il est plus agréable à respirer et plus prompt à agir que l'éther.

arrondi ; et pour garantir tout l'instrument contre l'action corrosive des sécrétions utéro-vaginales, on le revêt d'une couche solide de gomme élastique.

La première fois que M. Kilian appliqua son instrument, c'était chez une femme qui portait une descente de matrice depuis neuf ans. Aussitôt le ressort mis en place, la femme se leva et put marcher, courir et se livrer à ses occupations, sans que la matrice bougeât de place. Une deuxième malade fut soumise à un semblable essai, et pour mieux s'assurer de l'efficacité de l'instrument, on lui fit porter des seaux d'eau, secouer des paillasses, etc. Tout allait à merveille, lorsque, le troisième jour, les deux femmes se plaignirent de douleurs dans le vagin, qui, au bout de douze heures, devinrent très-considérables. Un examen attentif fit voir que les boutons avaient déprimé profondément la muqueuse vaginale, qui était devenue, sous la pression, rouge et douloureuse. Cela venait de ce que la forme des boutons de bois était mauvaise, et de ce que le ressort avait trop de force. De plus, l'instrument était d'abord revêtu de cuir, qui résistait fort mal à l'action des liquides utéro-vaginaux ; ce qui décida M. Kilian à préférer la gomme élastique, et à faire le voyage de Paris pour s'entendre de la confection de son appareil avec notre habile fabricant, M. Lasserre.

Passons maintenant aux règles de l'application. Il faut, avant tout, déterminer et la grandeur et la force de l'instrument : on comprend qu'un instrument trop petit aurait de la tendance à tomber du vagin, et qu'un trop gros exercerait, au bout de quelques jours, une pression douloureuse. Ce choix ne peut être fait *à priori ;* d'où la nécessité d'avoir sous la main plusieurs instruments, pour en changer jusqu'à ce qu'on ait rencontré le plus convenable. L'instrument est assez grand quand, introduit dans le vagin, il prend la forme d'une demi-ellipse, l'ellipse étant coupée dans son plus petit diamètre, et quand la matrice ramenée en place reste maintenue dans tous les mouvements du corps. Il faut de plus, bien entendu, qu'il ne suscite aucune douleur.

Pour le placer, on fait coucher la malade ; on prend l'élytromochlion de manière à rapprocher ses deux extrémités entre le pouce et les autres doigts ; et, les grandes lèvres écartées, on l'introduit dans la direction du diamètre transversal, de façon que les bords très-convexes des extrémités soient dirigés vers la paroi antérieure du vagin. Puis on agit, par une pression douce, sur l'arc formé par le ressort; on le fait ainsi remonter jusqu'à ce que les deux têtes se trouvent au fond du vagin, pressant à droite et à gauche. Il est fort important de s'assurer que l'instrument

ne touche et ne presse nulle part l'utérus. Immédiatement, la femme peut se lever et vaquer à ses occupations habituelles.

On peut le laisser en place pendant plusieurs jours; cependant, il convient de l'ôter de temps en temps et de le laver avec de l'eau de savon fraîche. Il suffit, pour l'enlever, de passer un doigt plié dans l'arc de l'instrument et de l'attirer au dehors, ce qui se fait sans douleur; et les femmes apprennent en peu de temps à l'ôter et à le replacer elles-mêmes.

Jusqu'ici nous avons suivi, dans cette analyse, une brochure publiée par le professeur Kilian; et nous devons dire qu'en effet, dans certains cas, le nouveau pessaire (car ce n'est pas autre chose) pourra rendre d'utiles services. Toutefois, il faut être averti que la couche de caoutchouc dont le ressort est recouvert devra s'altérer très-promptement sous l'action des liquides sécrétés par le vagin; de là le péril de laisser à nu et en contact avec la muqueuse un ressort d'acier; de là aussi cet autre danger de voir le ressort se briser dans l'intérieur du vagin, et peut-être les bouts de la cassure blesser les parties voisines. Nous pensons donc qu'il faudra recommander aux femmes une grande surveillance, et de fréquents lavages de l'instrument pour conserver au caoutchouc sa résistance et sa solidité.

---

46. *Accouchement prématuré, provoqué par le seigle ergoté (méthode dynamique)*, par M. Van Wageninge, de Rotterdam.

(Revue médico-chirurgicale, décembre 1847.)

Il s'agit d'une femme de 32 ans, délivrée, lors de ses premières couches, à l'aide du forceps, pour cause d'un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur; l'enfant était mort en présentant une dépression de la partie gauche de la tête occasionnée par le promontoire du sacrum; l'utérus avait également souffert par la pression de la tête entre cette éminence et le pubis.

Cette femme devint une seconde fois enceinte. Déjà, à une époque antérieure, l'auteur avait, de concert avec son collègue Stronck, proposé, dans le cas d'une nouvelle grossesse, de provoquer la délivrance prématurée; et cette proposition avait été agréée par la femme et son mari.

L'exploration du bassin à l'aide du toucher manuel, du pelvimètre de Wellenbergh et du compas d'épaisseur de Baudelocque, donna pour résultat une mensuration d'à peu près 9 centimètres; et ces explorations répétées ayant fourni chaque fois le même résultat, il fut décidé de provoquer l'accouchement entre la trente-

sixième et la trente-septième semaine. On ne fit aucun traitement antérieur, afin de pouvoir attribuer le succès à l'administration seule des pilules. Nous rappellerons ici leur composition :

℞ Osmazome spermæd (ergotine)
Seigle ergoté. . . . . ââ 7 gr. 80 cent.
Aloès succotrin. 1 30

Pour 60 pilules.

Le traitement commença le 1er janvier. Le soir, on administra 4 pilules ; la femme ne s'aperçut de rien.

Le 2, matin et soir, 4 pilules. Pendant la journée, légère pression dans le bassin; de temps en temps petites douleurs ; le col de la matrice se trouve porté en haut, résistant et serré ; pouls, 84 pulsations.

On continua les jours suivants, en portant la dose à 12 pilules en trois fois.

Le 5, insomnie occasionnée par l'intermittence des douleurs ; sécrétion muqueuse du vagin ; la matrice est descendue, le col offre une dilatation d'un pouce, le toucher fait sentir une partie de l'enfant.

Le 7, on porte la dose des pilules à 16.

Le 8, bonne nuit ; la femme a eu moins de douleurs ; cependant elles se font sentir davantage vers le sacrum ; pouls, 68 ; le vagin est gonflé, pâle, humide et d'une température normale ; l'orifice interne et externe continue à se dilater, le col est mou et tellement ouvert que le doigt sent sans peine le mouvement de la tête de l'enfant ; la première prise des pilules était déjà faite ; on porte les deux autres à 8. — Le soir, la femme avait eu une augmentation d'évacuations alvines liquides ; plus d'envies d'uriner, et un accroissement de douleurs vers le fondement ; pouls plein, 84 pulsations ; la troisième dose consiste en 8 pilules sans aloès.

Le 9, elle a eu beaucoup de fortes douleurs ; une selle liquide ; pouls, 68 ; même état des parties internes de la génération ; mouvement de l'enfant très-bon ; trois administrations de 8 pilules sans aloès. — Le soir, beaucoup de pression sur la vessie ; fréquente évacuation urinaire, mais en petite quantité ; deux selles plus consistantes ; beaucoup de mouvements du fœtus, surtout dans le bassin ; pouls fort, un peu tendu, 68 pulsations ; on attribue ces symptômes à l'inquiétude de la femme, qui pense que cet état dure trop longtemps ; le col de la matrice est un peu plus dilaté, les membranes bombent dans l'ouverture ; le toucher fait d'abord sentir de petites extrémités, qui se retirent promptement vers le côté droit (probablement des doigts) ; une seconde exploration fait cette fois manifestement sentir la tête à gauche ; on

suppose qu'elle est en première position avec une main à proximité.

Le 10, nuit assez bonne ; de temps en temps des douleurs. Le soir, beaucoup de pression sur et dans le bassin ; dilatation graduelle, surtout dans la direction du sacrum ; le vagin et la partie vaginale de l'utérus sont comme infiltrés, cependant mous, humides et de température normale ; la poche des eaux commence à se former un peu ; pouls, 68.

Le 11, le pouls est tombé à 56 pulsations ; le col de la matrice s'est peu dilaté, quoique la tête du fœtus soit plus comprimée contre le pubis ; le matin, on administre 4 pilules sans et 4 avec aloès ; aux deux autres administrations, on donne également 8 pilules, mais contenant la dernière substance. — Le soir, le col utérin est plus bas et plus dilaté antérieurement ; bons et énergiques mouvements du fœtus.

Le 12, la nuit, surtout après minuit, a été très-pénible ; les douleurs se sont rapidement succédé, et ont duré assez longtemps ; cet état a continué jusque vers cinq heures, alors il y a eu une excrétion fécale. — A sept heures et demie, pouls ondoyant, 76 pulsations ; bonnes douleurs ; de temps en temps excrétion involontaire de l'urine ; l'ouverture de la matrice se trouve derrière le pubis dans l'axe du bassin ; la dilatation est de la grandeur d'une pièce de trois florins, la poche des eaux tendue ; on sent au travers la tête et une petite extrémité mobile : suppression des pilules. — A midi, dilatation plus grande, poche tendue, douleurs bonnes, quoique moindres. — Huit heures et demie du soir, la femme a dormi l'après-dînée pendant une couple d'heures ; à six heures, les douleurs se sont relevées ; elles sont revenues de six à huit minutes. A sept heures, elle a eu une excrétion urinaire ; la dilatation continue.

Le 13, comme les douleurs diminuèrent de nouveau plus ou moins, on administra après minuit huit pilules avec aloès ; une demi-heure à trois quarts d'heure après, douleurs plus longues et plus énergiques ; à deux heures et demie, plus grande dilatation ; la femme se trouve incommodée ; elle vomit une matière bilieuse ; peu après le vomissement, les membranes se rompent spontanément l'eau amniotique est abondante, elle a un aspect normal ; la tête du fœtus franchit le détroit supérieur, elle ne peut plus être refoulée, et reste dans cet état jusqu'à dix heures et demie du soir. Il y a encore par intervalles des vomissements (ceci s'est également observé lors du premier accouchement). Les mouvements du fœtus s'observent bien dans le fond de l'utérus ; les douleurs diminuent et augmentent alternativement ; la patiente perd cou-

rage et demande à être délivrée instrumentalement, comme la première fois. Vers huit heures, on administre encore 4 pilules ordinaires, et il est décidé que si, à dix heures, l'accouchement n'a pas encore eu lieu, on le terminera à l'aide du forceps.

A peine trois quarts d'heure s'étaient écoulés depuis cette dernière administration, que les douleurs se relevèrent et devinrent expulsives ; de sorte qu'à dix heures et demie la tête de l'enfant fut expulsée, la face tournée en bas, et l'on termina l'accouchement en accrochant l'aisselle gauche, après s'être assuré que le cordon ombilical n'entortillait pas le cou.

Le nouveau-né était du sexe masculin et ne donnait aucun signe de vie ; sa face était entièrement enduite d'une matière jaune brunâtre, fétide, qui s'était déjà écoulée avec abondance aussitôt après sa sortie, en sorte qu'on craignit un moment qu'il ne fût mort. Mais lorsqu'on l'eut nettoyé, on vit que la couleur de la peau était naturelle. Les narines étaient bouchées par deux espèces de tampons formés d'une matière épaisse et visqueuse, chacun de ces tampons ayant une longueur de sept à huit pouces; la bouche contenait également de cette matière ; lorsque ces organes en furent dégagés , l'enfant commença à faire quelques mouvements imparfaits ; des aspersions avec de l'eau-de-vie sur le ventre et sur la poitrine, de légères pressions sur cette partie et un bain chaud le ramenèrent et lui firent jeter des cris.

L'expulsion des secondines suivit de près l'extraction de l'enfant, et dès ce moment il n'y eut plus d'odeur putride ; les couches se firent comme à l'ordinaire, et l'accouchée était totalement rétablie le neuvième jour.

L'auteur pense que cette matière putride, qui enduisait la face et le corps de l'enfant, et qui s'était écoulée des parties génitales, provenait à la fois de l'accumulation du méconium, de la putréfaction de la membrane caduque réfléchie de Hunter (maladie nommée *putréfaction de l'utérus* par Boer), et de l'altération du fluide amniotique par l'augmentation de température et la compression longue et forte du col de la matrice entre la tête du fœtus et la ligne innominée. C'est à cette hauteur, selon Boer, que la putréfaction utérine commence.

Quoi qu'il en soit, on voit du moins que l'administration du seigle ergoté a été ici sans inconvénients et pour l'enfant et pour la mère ; et les faits de ce genre sont assurément ce qu'il y a de plus propre à faire revenir certains accoucheurs de cette idée préconçue que le seigle ergoté, à doses ordinaires, serait capable de déterminer la mort du fœtus.

47. *Nouvelles de France.*

(Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, décembre 1847.)

Le choléra, qui paraissait s'avancer à grands pas vers notre pays, semble aujourd'hui rétrograder, ou tout au moins fait peu de chemin, bien qu'on ait cité des cas isolés dans plusieurs contrées de l'Europe, et même à Paris. Ces cas, qui ont jeté l'inquiétude dans les populations, ne sont que des exemples de choléra sporadique assez communs parmi nous depuis l'apparition de l'épidémie de 1832. Les nouvelles qui nous arrivent des pays envahis par l'épidémie s'accordent, au reste, à considérer ce fléau comme infiniment moins grave que lors de sa première invasion.

— Le ministre de la justice vient d'adresser à tous les procureurs généraux une circulaire dans le but de leur rappeler la décision qui déclare que l'arsenic ne pourra être employé désormais pour les embaumements.

— On lit dans *le Droit* du 5 novembre :

Le fait, par un médecin ou un officier de santé, d'avoir porté dans un état de vaccinations, comme vaccinés, des enfants qui ne l'étaient pas, ne constitue ni crime ni délit.

Chaque département consacre une certaine somme aux médecins et officiers de santé qui vaccinent les enfants pauvres. Indépendamment de cette allocation, le gouvernement accorde des rétributions en argent et des médailles aux vaccinateurs qui, dans le courant d'une année, ont vacciné un grand nombre d'enfants.

Le sieur Ernouf, officier de santé dans le département d'Ille-et-Vilaine, a conçu et exécuté la déplorable pensée de s'attribuer, à l'aide d'états frauduleux de vaccinations, des rémunérations imméritées. Le nombre considérable d'enfants vaccinés portés sur ces états a éveillé l'attention de l'autorité, et l'on n'a pas tardé à apprendre que, dans certaines communes, le sieur Ernouf portait comme vaccinés deux fois plus d'enfants qu'il n'en existait réellement. Ces faits ont déterminé le renvoi d'Ernouf devant la Cour d'assises d'Ille-et-Vilaine, comme doublement coupable du crime de faux : 1° en dressant de faux états de vaccinations ; 2° en altérant ces mêmes états, en y ajoutant de nouveaux noms après qu'ils avaient été revêtus de la signature des maires chargés d'en certifier la sincérité.

Acquitté de l'accusation de faux en écriture authentique et publique, mais déclaré coupable et condamné, pour faux en écriture privée, à trois années de prison, le sieur Ernouf s'est pourvu en cassation.

Me Nachet, son avocat, a soutenu que le crime de faux de l'art. 149 n'existait pas dans l'espèce, puisqu'il ne s'agissait pas d'obligation ni de décharge, mais de simples notes que les maires, auxquels elles étaient présentées, pouvaient modifier et rejeter.

L'avocat cite à l'appui de son système un arrêt de cassation du 7 septembre 1810, qui a décidé que le crime de faux n'existait pas alors qu'un huissier avait porté, dans une note de frais taxée par un juge, des actes qui n'avaient pas été faits.

La Cour, après avoir entendu le rapport de M. le conseiller Isambert, les conclusions conformes de M. Nicias-Gaillard, avocat général, a cassé l'arrêt de la Cour d'assises d'Ille-et-Vilaine, en déclarant que le fait imputé au sieur Ernouf ne constituait ni crime ni délit.

La Cour a en conséquence ordonné la mise en liberté de celui-ci.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 183e VOLUME.

8e SÉRIE, TOME XI. — NOVEMBRE 1847.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Inauguration de la statue de Vésale. 122
Monument Vésale. — Procès-verbal de l'inauguration de la statue. 128
Historique. 130
Nouvelles recherches expérimentales sur le mode de développement, sur l'action et sur les principes actifs de l'ergot des graminées; en réponse aux questions du programme de M. le professeur *Jean-Baptiste Mazzoni*. Essai couronné, au jugement d'une commission spéciale, par le cinquième Congrès scientifique italien, tenu à Lucques; par *Louis Parola*. 131

Séance du 24 avril 1847.

Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine. 144
Observations météorologiques, faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois d'avril 1847. 166
Mélanges. — Excursion médicale à Londres. 167

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

HYGIÈNE. — 1. Considérations sur les causes de la dégénération physique et morale du peuple des grandes villes, et sur les moyens d'y remédier; par le docteur *Bertulus*. (*Suite* et *fin*.) 1

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. Traitement de l'épilepsie; par M. *Delasiauve*. (*Suite*.) 17
3. Choléra-morbus. 32
4. Recherches statistiques sur les maladies de l'oreille; par le docteur *W. Kramer*. 36
5. Recherches cliniques sur les névroses; par M. *C. Forget*. 46
6. De l'emploi des bains sulfureux dans l'asthme, avec quelques considérations sur la nature et les symptômes de cette affection; par *Ed. Courtin*. 56
7. La grippe. 72
20. De l'antagonisme entre la phthisie et les fièvres intermittentes; par M. *Bufalini*. 235
21. De l'exsudation; de ses causes et de son développement; par le docteur *Hugues Bennett*. 237
22. Sur les oblitérations veineuses dans la bronchite; par le docteur *E. L. Ormerod*. 241
23. Observation de pulsations veineuses du membre supérieur; par le docteur *H. Marsh*. 242
39. Du croup et du pseudo-croup; par le docteur *Henoch*. 265
THÉRAPEUTIQUE. — 8. De l'emploi de la farine de froment dans le traitement des érysipèles; par le docteur *Alexis Favrot*. 77
9. Essai sur les accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'iodure

de potassium et sur les moyens les plus propres à les prévenir ; par *A. Rodet.* 86
10. Recherches sur l'huile de foie de poisson et sur son emploi thérapeutique. (*Suite* et *fin.*) 102
11. Le chloroforme. 119
24. Paralysie étendue à presque tout le corps, traitée avec succès par l'extrait de Rhus toxicodendron ; par M. *Mianowski.* 244
25. Nouvelle manière de guérir la blennorrhagie, la blennorrhée, la leucorrhée, la cystirrhée et d'autres flux muqueux, à toutes leurs périodes ; par M. *Taddei.* 246
35. Du traitement de la colique saturnine par les opiacés ; par M. *Triberti.* 260
36. Remède fort simple contre les crampes des extrémités inférieures ; par M. *Bradsley.* 263
38. De l'éther hydrochlorique ; par le professeur *Heyfelder.* 264
40. Sur le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants; par le docteur *Szokalsky.* 265

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 12. De la phlébite cérébrale et méningée chez les femmes en couches ; par le docteur *F. M. Ducrest.* 123
26. La pelviotomie est-elle préférable à la gastro-hystérotomie, et dans ce cas, quelle est la meilleurs méthode pour l'exécuter ; par M. *Capezzi.* 247
27. Sur l'état des femmes accouchées qui n'allaitent pas ; par M. *Vincenzo.* 249
28. Sur les ulcérations du col de l'utérus pendant la grossesse; par le docteur *Henri Bennet.* 250
29. Sur l'auscultation obstétricale ; par M. le docteur *A. L. M'Clintock.* 252
MALADIES DES FEMMES. — 13. Considérations pratiques sur les affections du col de l'utérus ; par M. le docteur *Filhos.* (*Suite.*) 133
14. De la métrite puerpérale idiopathique, ou métrite franche des nouvelles accouchées, et de sa complication avec les phlegmons pelviens ; par le docteur *A. Willemin.* 145

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 15. Note sur l'emploi des cathéters rigides ; par M. le docteur *J. Béniqué.* 158
16. Lettre sur l'hémorrhagie qui peut succéder à l'excision des amygdales, et sur un moyen nouveau d'y remédier ; adressée à M. Malgaigne par M. *Félix Hatin.* 162
30. Luxation de l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre cervicale réduite le septième jour, avec quelques considérations sur les luxations des vertèbres en général ; par le docteur *Schrauth.* 253
31. Nouvelle méthode de lier les tumeurs ; par M. *Fergusson.* 256
32. Sur un nouveau bandage élastique pour contenir les hernies inguinales et crurales ; par M. *Zavaglia.* 257
33. Cystotome et procédé de cystotomie ; par M. *Casaccio.* 259
34. Sur la manière de faire agir la scie à chaîne ; par M. *Chiminelli.* 259
37. Compresseur pour l'hémorrhagie des alvéoles ; par M. *Reid.* 263
41. Remarques sur les télangiectasies ; par le docteur *Behrend.* 266

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

17. De la syphilis constitutionnelle des enfants du premier âge ; par *A. Trousseau.* (*Suite.*) 166
18. Mémoire sur le traitement de la blenno-uréthrite ; par le docteur *Isidore Poullain.* 179

XII. GÉNÉRALITÉS.

19. Petit Traité pratique des eaux potables, au point de vue de l'hygiène civile et militaire ; par M. le docteur *Julien Jeannel.* 187

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des sciences de Paris. (Séances des 2 et 8 novembre). — Procédé pour distinguer l'arsenic d'avec les substances alimentaires. 201. — Nouvel acoumètre. 202.

ACADÉMIE royale de médecine de Paris. (Séances des 30 octobre, 2, 6 et 9 novembre.) — Taille et lithotritie. 203. — Correspondance. 208. Notes de MM. Tanchou, Gaudrit, Saintard et Rousseau. — Question relative aux médecins sanitaires. 209. — Instruction à l'usage des médecins sanitaires du Levant. 210-225. — Correspondance. 225. — Tétanos général guéri par les inhalations éthérées. — Taille et lithotritie. 226.— Désarticulation coxo-fémorale. 227. — Marais salants. 228.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

42. Alii Ben-Isa monitorii ocularium specimen ; par le docteur *Sichel*. 267

MÉLANGES.

43. Observations sur la préparation du citrate de magnésie, et formules pour son emploi ; par *Eugène Marchand*. 275

44. Découverte d'un nouvel agent thérapeutique plus efficace que l'éther sulfurique ; par *J. Y. Simpson*. 277

45. De l'élytromochlion, ou nouvel appareil pour maintenir les descentes de matrice ; par le professeur *Kilian*. 283

46. Accouchement prématuré, provoqué par le seigle ergoté (méthode dynamique) ; par M. *Van Wageninge*. 285

47. Nouvelles de France. 289

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 183e VOLUME.

8e SÉRIE, TOME XI. — NOVEMBRE 1847.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (novembre 1847).

Delasiauve. Traitement de l'épilepsie. 17

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (septembre, octobre et novembre 1847).

Kramer (W.). Recherches statistiques sur les maladies de l'oreille. 36
Ducrest (F. M.). De la phlébite cérébrale et méningée chez les femmes en couches. 123
Willemin (A.). De la métrite puerpérale idiopathique, ou métrite franche des nouvelles accouchées, et de sa complication avec les phlegmons pelviens. 145
Trousseau (A.). De la syphilis constitutionnelle des enfants du premier âge. 166

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 42, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51 ; 1847).

Bertulus. Considérations sur les causes de la dégénération physique et morale du peuple des grandes villes, et sur les moyens d'y remédier. 1
Choléra-morbus. 32
Forget (C.). Recherches cliniques sur les névroses. 46
Courtin (Ed.). De l'emploi des bains sulfureux dans l'asthme, avec quelques considérations sur la nature et les symptômes de cette affection. 56
La grippe. 72
Rodet (A.). Essai sur les accidents qui peuvent résulter de l'emploi de l'iodure de potassium et sur les moyens les plus propres à les prévenir. 86
Recherches sur l'huile de foie de poisson et sur son emploi thérapeutique. 102
Le chloroforme. 119
Béniqué (J.). Note sur l'emploi des cathéters rigides. 158

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (novembre 1847).

Poullain (Isidore). Mémoire sur le traitement de la blenno-uréthrite. 179

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX (octobre 1847).

Jeannel (Julien). Petit Traité pratique des eaux potables au point de vue de l'hygiène civile et militaire. 187

JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE (décembre 1847).

Marchand (Eugène). Observations sur la préparation du citrate de magnésie, et formules pour son emploi. 275

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES (décembre 1847).

Nouvelles de France. 289

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE (octobre, novembre et décembre 1847).

Faurot (Alexis). De l'emploi de la farine de froment dans le traitement des érysipèles. 77
Hatin (Félix.). Lettre sur l'hémorrhagie qui peut succéder à l'excision des amygdales, et sur un moyen nouveau d'y remédier. 162
Simpson (J. Y.). Découverte d'un nouvel agent thérapeutique plus efficace que l'éther sulfurique. 277
Kilian. De l'élytromochlion, ou nouvel appareil pour maintenir les descentes de matrice. 283
Van Wageninge. Accouchement prématuré, provoqué par le seigle ergoté (méthode dynamique). 285

REVUE MÉD. FRANC. ET ÉTR. (août 1847).

Filhos. Considérations pratiques sur les affections du col de l'utérus. 133

JOURNAUX ITALIENS.

ANNALI UNIVERSALI DI MED.

Capezzi. La pelviotomie est-elle préférable à la gastro-hystérotomie, et dans ce cas, quelle est la meilleure méthode pour l'exécuter? 247

BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICHE.

Taddei. Nouvelle manière de guérir la blennorrhagie, la blennorrhée, la leucorrhée, la cystirrhée et d'autres flux muqueux, à toutes leurs périodes. 246
Zavaglia. Sur un nouveau bandage élastique pour contenir les hernies inguinales et crurales. 275

GAZETTA MEDICA DI MILANO.

Triberti. Du traitement de la colique saturnine par les opiacés. 260

GAZETTA TOSCANA DELLE SC. MED. FISICHE.

Bufalini. De l'antagonisme entre la phthisie et les fièvres intermittentes. 235

IL FILIATRE SEBEZIO.

Casaccio. Cystotome et procédé de cystotomie. 259
Chiminelli. Sur la manière de faire agir la scie à chaîne. 259

IL RACCOGLITORE MEDICO.

Vincenzo. Sur l'état des femmes accouchées qui n'allaitent pas. 249

JOURNAUX ANGLAIS.

DUBLIN QUARTELY JOURNRAL OF MED.

Marsh (H.), Observation de pulsations veineuses du membre supérieur. 242
M'Clintock (A. L.). Sur l'auscultation obstétricale. 252

THE LANCET.

Ormerod (E. L.). Sur les oblitérations veineuses dans la bronchite. 241
Bennet (Henri). Sur les ulcérations du col de l'utérus pendant la grossesse. 250

LONDON MED. GAZETTE.

Bradsley. Remède fort simple contre les crampes des extrémités inférieures. 263

MONTHLY JOURNAL OF MED. SCIENCE.

Bennett (Hugues). De l'exsudation ; de ses causes et de son développement. 237

Fergusson. Nouvelle méthode de lier les tumeurs. 256
Reid. Compresseur pour l'hémorrhagie des alvéoles. 263

JOURNAUX ALLEMANDS.

ARCHIV FUER PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE.

Schrauth. Luxation de l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre cervicale réduite le septième jour, avec quelques considérations sur les luxations des vertèbres en général. 253
Heyfelder. De l'éther hydrochlorique. 264

JOURNAL FUER DIE KINDERKRANKHEITEN.

Henoch. Du croup et du pseudo-croup. 265
Szokatsky. Sur le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants. 265
Behrend. Remarques sur les télangiectasies. 266

REUCEILS SPÉCIAUX.

COLLECTANEA MÉDICO-CHIRURGICA.

Mianowski. Paralysie à presque tout le corps, traitée avec succès par l'extrait de Rhus toxicodendron. 244